



**HOCHSCHULE FÜR ÖFFENTLICHE VERWALTUNG
UND FINANZEN LUDWIGSBURG**
University of Applied Sciences

Wahlpflichtfach Nr. 14
Sozialverwaltung im Wandel

<p>Kinderarmut: Reicht Hartz IV? Analyse der Regelleistung für Kinder</p>
--

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des Hochschulgrades

Dipl.-Verwaltungswirtin (FH)

im Studienjahr 2009/2010

vorgelegt von

Janina Hartmayer

Erstgutachter:

Prof. Helmut Reinhardt

Zweitgutachter:

Dipl.-Verwaltungswirt (FH) Hans Peter Klein

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Anlagenverzeichnis	X
1 Kinderarmut in Deutschland	1
1.1 Definition	1
1.1.1 Ressourcenansatz	2
1.1.2 Lebenslagenkonzept	3
1.1.3 Sozialleistungsbezug	3
1.2 Gründe	4
1.3 Risikogruppen	5
1.3.1 Kinder Alleinerziehender	6
1.3.2 Kinder aus kinderreichen Familien	6
1.3.3 Kinder mit Migrationshintergrund	7
1.3.4 Kleinkinder	8
1.4 Auswirkungen	9
1.4.1 Gesundheitliche Auswirkungen	9
1.4.2 Gesellschaftliche Auswirkungen	10
1.5 Daten und Fakten innerhalb Deutschlands	11
1.5.1 1973 bis 1998	12

1.5.2	1998 bis Heute	12
1.5.3	Vergleich zweier Bundesländer	14
1.6	Armuts- und Reichtumsbericht	15
1.7	Kinder- und Jugendbericht	16
1.8	OECD	17
2	Sozialgesetzbuch II	19
2.1	Aufgabe und Ziel des SGB II	19
2.2	Grundsatz des Forderns und Förderns	20
2.3	Träger der Grundsicherung	21
2.4	Leistungsarten	22
2.5	Leistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes	23
2.5.1	Regelleistung	23
2.5.1.1	Weiterentwicklung	24
2.5.1.2	Fallbeispiel	25
2.5.2	Zusätzliche Leistungen für die Schule	26
2.5.3	Weitere Leistungen	26
2.6	Berechtigter Personenkreis	27
2.7	Einsatz eigener Mittel	28
3	Beurteilung der Regelleistung für Kinder	29
3.1	Bemessung der Regelleistung für Kinder	29
3.2	Zustandekommen der Eckregelleistung für Erwachsene	30
3.2.1	Statistikmodell	30
3.2.2	Lohnabstandsgebot	31
3.2.3	Beurteilung der Bemessung für Erwachsene	31
3.3	Inhalt und Zusammensetzung der Regelleistung	32
3.4	Entwicklung der Regelleistung	34
3.5	Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder	36
3.5.1	Prüfung des Bundesverfassungsgerichtes	37
3.5.2	Existenzminimum als Grundrecht	38
3.5.2.1	Existenzminimum im Völker- und Europarecht	39
3.5.2.2	Gestaltungsspielraum	39

3.5.2.3	Schutzbereich	40
3.5.2.4	Gerichtliche Kontrolldichte	41
3.5.3	Kritikpunkte bei der Bemessung der Regelleistung für Kinder	42
3.5.3.1	Schwachpunkte der EVS	42
3.5.3.2	Verstoß gegen den Gleichheitssatz	43
3.5.3.3	Unterschiedliches Ausgabeverhalten von Allein- stehenden und Familien	44
3.5.3.4	Nichtberücksichtigter kinderspezifischer Bedarf	45
3.5.3.5	Ungleichbehandlung zu Kindern im SGB XII- Bezug	46
3.5.3.6	Keine altersspezifische Differenzierung	47
3.5.3.7	Nicht gedeckter Betreuungs- und Erziehungs- bedarf	48
3.5.3.8	Keine Erstattung einmaliger Leistungen	49
3.5.3.9	Jährliche Anpassung	50
3.6	Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung	51
3.6.1	Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers	52
3.6.2	Auswahl der geeignetsten Methode	53
3.6.3	Berücksichtigung geänderter Lebensgewohnheiten	54
3.6.4	Geteilte Aufgabenwahrnehmung von Bund, Länder und Kommunen	54
3.6.5	Arbeitsvermittlung als Ziel	55
3.6.6	Erweiterung um eine Altersstufe	56
3.6.7	Höhe der sozialen Mindestsicherung	56
3.6.7.1	Preisermittlung	57
3.6.7.2	Ergebnisse	57
3.6.7.3	Zufriedenheit	58
3.7	Entscheidung des BVerfG	59
3.8	Maßstab an Kinderarmut	60
3.9	Auswirkung des SGB II auf die Lebenssituation von Kindern . .	61

3.10	Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben	61
3.10.1	Vergleich tatsächliche Konsumausgaben mit Regelleis- tungshöhe	62
3.10.2	Vergleich tatsächlicher regeleistungsrelevanter Konsum mit Regelleistungshöhe	62
3.11	Vergleich vor und nach Einführung der GfA	63
3.11.1	Daten zur Sozialhilfe vor Inkrafttreten der GfA	64
3.11.2	Daten zum Sozialgeld nach Inkrafttreten der GfA	65
3.11.3	Ergebnis des Vergleichs	65
4	Lösungsansätze	67
4.1	Ausbau des Betreuungs- und Bildungsangebotes	67
4.2	Ausweitung des Kinderzuschlages	68
4.3	Wiedereinführung der Einmalleistungen	69
4.4	Kindergeld	69
4.5	Vergünstigungen für Arbeitslose	69
4.6	Individuelle Hilfen	70
5	Schlussbetrachtung	71
	Literaturverzeichnis	XIV
	Ehrenwörtliche Erklärung	XXXIII

Abbildungsverzeichnis

1.1	Ursachen für Kinderarmut	5
1.2	Risikogruppen nach Familientypen	8
1.3	Auswirkungen auf die Kinder und Jugendlichen	11
3.1	Prozentuale Inhalte der Regelleistung	33

Tabellenverzeichnis

1.1	Armutsgefährdungsschwelle in €	15
2.1	Höhe der Regelleistungen seit 01.07.2009	24
2.2	Bedarf nach dem SGB II	25
3.1	Regelleistungsinhalte ab 01.07.2009	34
3.2	Entwicklung der Regelleistung	36
3.3	Forderung Paritätischer Wohlfahrtsverband	51
3.4	Kosten der sozialen Mindestsicherung für Alleinstehende	58
3.5	Konsumausgaben einer Familie mit einem Kind	63

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Alg II	Arbeitslosengeld II
Art.	Artikel
AZ	Aktenzeichen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BG	Bedarfsgemeinschaft
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bspw.	beispielsweise
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DCV	Deutscher Caritas Verband
d.h.	das heißt
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
f.	folgende
ff.	fortfolgende
gem.	gemäß
GfA	Grundsicherung für Arbeitssuchende
GG	Grundgesetz
grds.	grundsätzlich
i.V.m.	in Verbindung mit
Hrsg.	Herausgeber

Lj.	Lebensjahr
LSG	Landessozialgericht
Nr.	Nummer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
Rn.	Randnummer
RSV	Regelsatzverordnung
S.	Seite (in der Fußnote), Satz (im Text)
SGB II	Sozialgesetzbuch II, Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB VIII	Sozialgesetzbuch VIII, Kinder- und Jugendhilfe
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII, Sozialhilfe
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel

Anlagenverzeichnis

Alle verwendeten Anlagen sind auf der beigelegten CD im Ordner „**AnlagenDiplomarbeit**“ zu finden.

Anlage Nr. 1	EU-weit vergleichbare Daten zu Armut
Anlage Nr. 2	Maßstab für Kinderarmut
Anlage Nr. 3	Ökonomische Lage von Familien
Anlage Nr. 4	Lebenslagen in Deutschland/3. Armuts- und Reichtumsbericht
Anlage Nr. 5	Bevölkerung mit Migrationshintergrund
Anlage Nr. 6	Benachteiligungen von Anfang an
Anlage Nr. 7	In Baden-Württemberg nur jedes 11. Kind auf „Sozialgeld“ nach SGB II angewiesen, bundesweit jedes 6. Kind
Anlage Nr. 8	3 Millionen Kinder unmittelbar von Armut betroffen
Anlage Nr. 9	Kinderarmut in Deutschland-Tendenz steigt

Anlage Nr. 10	Armutsgefährdungsschwelle in €
Anlage Nr. 11	Arbeitslosenquote im März 2009
Anlage Nr. 12	13. Kinder- und Jugendbericht
Anlage Nr. 13	Ziele und Partner der OECD
Anlage Nr. 14	OECD-Bericht
Anlage Nr. 15	Forderungskatalog des Deutschen Kinderhilfswerkes
Anlage Nr. 16	Gesetzentwurf zum Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt
Anlage Nr. 17	Entwicklung der Regelsatzbemessung
Anlage Nr. 18	Wie viel Geld braucht eine Familie wirklich?
Anlage Nr. 19	Was Kinder brauchen
Anlage Nr. 20	Verfassungsrichter bringen Regierung in Erklärungsnot
Anlage Nr. 21	Gutachten über die Frage der Sicherung des Lebensunterhaltes durch die Regelleistung
Anlage Nr. 22	Deutscher Caritasverband: Vorschläge zur Bekämpfung der Kinderarmut
Anlage Nr. 23	Statistisches Taschenbuch 2009, Entwicklung der Regelleistung

Anlage Nr. 24	Berücksichtigung des kinderspezifischen Bedarfs bei der Bemessung der Regelleistung
Anlage Nr. 25	Alle Hartz-IV-Regelsätze „erklärungsbedürftig“
Anlage Nr. 26	Kinderfreibetrag 2010
Anlage Nr. 27	Kinderregelleistungen sind plausibel und sachgerecht
Anlage Nr. 28	Erläuterungen zur Ermittlung des eigenständigen Kinderregelsatzes
Anlage Nr. 29	Regelleistungen nicht verfassungsgemäß
Anlage Nr. 30	Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich
Anlage Nr. 31	Hartz IV-Mythen der Jahrhundertreform
Anlage Nr. 32	Soziale Mindestsicherung 2006
Anlage Nr. 33	Soziale Mindestsicherung 2007
Anlage Nr. 34	Kinderarmut hat sich seit 2004 verdoppelt in Deutschland
Anlage Nr. 35	660.000 Alleinerziehende leben von Hartz IV
Anlage Nr. 36	Mehr Geld allein reicht nicht
Anlage Nr. 37	Unicef-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland

- Anlage Nr. 38** Von der Leyen will Kinderzuschlag ausweiten
- Anlage Nr. 39** Geringverdiener bekommen höheren Kinderzuschlag
- Anlage Nr. 40** Ist doch eine Erhöhung von Hartz IV nötig?

1 Kinderarmut in Deutschland

Bis in die 1990er Jahre wurde Kinderarmut¹ in Deutschland nicht als eigenständiges Problem angesehen, sondern vielmehr als eine Folge der Familienarmut. Kinder wurden als Angehörige einkommensarmer Haushalte betrachtet.

Dies änderte sich erst, als Kinderarmut durch die Sozialberichterstattung öffentlich zur Kenntnis genommen wurde.² Heute befasst sich die Öffentlichkeit nicht mehr nur routinemäßig, z.B. in der Vorweihnachtszeit, mit dem Thema, sondern es wird oftmals in den Massenmedien, vor allem im Zusammenhang mit Kindesverwahrlosung und -misshandlung, behandelt.³

1.1 Definition

Wenn in Deutschland von Armut gesprochen wird, ist in der Regel die relative Armut gemeint. Es ist nicht das Überleben der Betroffenen bedroht, sondern sie können nicht in dem Maße am gesellschaftlichen, kulturellen und sozialen Leben teilnehmen, wie die durchschnittliche Bevölkerung.

Von absoluter Armut wäre zu sprechen, wenn existenzsichernde Güter wie Nahrung, Kleidung und Wohnung fehlen würden und das Überleben gefährdet

¹Der Begriff Kinder umfasst alle, die noch nicht 14 Jahre alt sind. Jugendliche ist, wer 14 aber noch nicht 18 Jahre alt ist.

²Vgl. Chassé, Karl August/Zander, Margherita/Rasch, Konstanze, *Meine Familie ist arm, Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen*, S. 39.

³Vgl. Butterwegge, Christoph/Klunt, Michael/Belke-Zeng, Matthias, *Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland*, S. 11.

wäre. In Deutschland und in den anderen Industriestaaten ist diese Form der Armut weitestgehend überwunden.¹

1.1.1 Ressourcenansatz

Es gibt verschiedene Methoden, Armut zu bestimmen. Um jedoch das Ausmaß der Kinderarmut in Deutschland festzustellen, wird das Einkommen der Eltern oder der Sozialleistungsbezug zugrunde gelegt. Diese Methode nennt man den Ressourcenansatz.² Hiernach sind Kinder arm, wenn das elterliche Einkommen nicht ausreicht, um die zur Deckung des soziokulturellen Existenzminimums notwendigen Güter zu kaufen.³

Nach EU-Definition liegt die Armutsgefährdungsquote bei 60% des mittleren Einkommens.⁴ Sie ergibt sich aus dem Median⁵ des Äquivalenzeinkommens. Folglich ist armutsgefährdet, wer über weniger als diesen Wert verfügt.⁶ Bis vor einigen Jahren galt die 50% Grenze.⁷

Zur Ermittlung der Armutsgefährdungsquote wird das gesamte Haushaltseinkommen auf alle Personen des Haushaltes nach einem Gewichtungsschlüssel verteilt. Der Schlüssel ergibt sich aus der modifizierten OECD-Äquivalenzskala. Nach dieser Skala wird der Haushaltsvorstand mit dem Wert 1,0, Haushaltsmitglieder ab dem 15. Lebensjahr (Lj.) mit 0,5 und die jüngeren Haushaltsmitglieder mit 0,3 gewichtet.⁸ Diese Gewichtung ist notwendig, denn es erge-

¹Vgl. Schniering, Daniel, Kinder- und Jugendarmut in Deutschland, Grundlagen, Dimensionen, Auswirkungen, S. 9f.

²Vgl. Butterwegge/Kludt/Belke-Zeng, S. 127.

³Vgl. Schniering, S. 10.

⁴Vgl. Statistisches Bundesamt, Erstmals EU-weit vergleichbare Daten zu Armut, 05.12.2006, Anlage Nr. 1.

⁵Der Median teilt das Einkommen der Haushalte genau in zwei Hälften. Es handelt sich also um die Einkommenssumme, die 50% der Einwohner über- und die anderen 50% der Einwohner unterschreiten.

⁶Vgl. Kues, Hermann, Kampf gegen Kinderarmut, An den Ressourcen der Familie ansetzen, in: Die politische Meinung, 2008, S. 55.

⁷Vgl. Leytz, Wolfram, Was ist der Maßstab für Armut?, in: Tagesschau.de, 25.06.2008, Anlage Nr. 2.

⁸Vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Ökonomische Lage von Familien, 2008, S. 4, Anlage Nr. 3.

ben sich Einspareffekte bei den laufenden Kosten, sobald mehrere Personen in einem Haushalt zusammenleben. Z.B. werden im Bereich Lebensmittel günstigere Familienpackungen anstatt teurer Singlepackungen angeboten.¹

1.1.2 Lebenslagenkonzept

Als alleiniges Kriterium reicht der Ressourcenansatz jedoch nicht aus, denn es wird bspw. nicht die Alltagssituation der Kinder dargestellt, z.B. wie viel Geld beim Kind tatsächlich ankommt. Auch ist es unmöglich, Armut zu beseitigen, denn es wird immer Menschen geben, die weniger als 60% des Median verdienen. Ein weiterer Kritikpunkt ergibt sich, wenn das Durchschnittseinkommen steigt, denn dadurch erhöht sich automatisch die Armutsgrenze. Die Zahl der Armen bleibt jedoch gleich.²

Deshalb betrachtet man den Ressourcenansatz in Relation zur Lebenslagenarmut.³ Bei diesem Konzept ist Armut als ungenügende Versorgung über ökonomische Ressourcen und zusätzliche Unterversorgungen in zentralen Lebensbereichen wie Wohnen, Ausbildung, Gesundheit, soziale Integration und sozio-kulturelle Teilhabe zu sehen. Es mangelt also nicht nur an monetären Mitteln, sondern es sind weitere Notlagen in Lebenslagenbereichen vorhanden. Es handelt sich um eine mehrdimensionale Problemlage.⁴

1.1.3 Sozialleistungsbezug

Wird Armut als eine politisch normative Vorgabe erfasst, lebt in Armut, wer seine Lebensführung nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten kann. In diesen Fällen werden bedarfsdeckende Hilfen zum Lebensunterhalt gewährt. Die Regelsätze im Sozialgesetzbuch XII, Sozialhilfe (SGB XII) bzw.

¹Vgl. Statistisches Bundesamt, 05.12.2006.

²Vgl. Schirmacher, Thomas, Die neue Unterschicht, Armut in Deutschland?, S. 37f.

³Vgl. Butterwegge/Kluntz/Belke-Zeng, S. 127.

⁴Vgl. Chassé/Zander/Rasch, S. 18.

die Regelleistungen im Sozialgesetzbuch II, Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), stellen das Existenzminimum dar. Nach dieser Definition ist der Sozialleistungsbezug also die bekämpfte Armut.¹

Auch als Gegner dieser Definition kann der Sozialleistungsbezug nicht als einziger Armutsindikator gesehen werden, denn es gibt ungefähr noch einmal so viele Personen, die einen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII oder SGB II hätten, ihn aber wegen Stolz, Scham oder aus Unwissenheit nicht geltend machen.²

1.2 Gründe

Die frühere Altersarmut in Deutschland hat sich in eine Kinderarmut gewandelt, denn Armut ist heute nicht zuletzt auf die größere Arbeitslosigkeit und ihre Dauer zurückzuführen. Von der Arbeitslosigkeit sind überwiegend Personen zwischen 20 und 60 Jahren betroffen, die in Familien mit Kindern leben. Deshalb sind trotz des Geburtenrückgangs Kinder und Jugendliche am häufigsten von Armut betroffen.³

Kinder leben aber nicht nur wegen fehlendem Geld in Armut, sondern es spielen zusätzlich schwierige Rahmenbedingungen im familiären Umfeld eine Rolle. Da die Kinder von ihren Eltern abhängig sind, sind vor allem drei Gründe zu nennen, warum Kinder in Armut leben.

Hauptgrund ist die Erwerbslosigkeit der Eltern. Das Problem der Arbeitslosigkeit spielt eine übergeordnete Rolle, denn die Massenarbeitslosigkeit gilt als Hauptursache von Armut in unserer Gesellschaft. Vor allem für Langzeitarbeitslose verschlimmert sich die Situation, je länger sie andauert. Außerdem besteht dann die Gefahr, dass die Mangellage an die nachfolgende Generation weitergegeben wird. Da wir uns in erster Linie über den Beruf definieren, haben Arbeitslose kein gutes Ansehen und werden sozial isoliert und stigmatisiert.⁴

¹Vgl. Chassé/Zander/Rasch, S. 12.

²Vgl. Butterwegge/Klundt/Belke-Zeng, S. 127f.

³Vgl. Huster, Ernst-Ulrich/Boeckh, Jürgen/Mogge-Grotjahn, Hildegard, Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, S. 322.

⁴Vgl. Schniering, S. 19f.

Des Weiteren wachsen gefährdete Kinder oft in kinderreichen Familien auf, in denen die Eltern nicht über genügend Einkommen verfügen, um die gesamten Bedürfnisse der Familie zu decken.

Ferner bleiben Kinder arm oder armutsgefährdet, wenn sie keine Chance auf Bildung erhalten und es ihnen nicht möglich ist, ihre Persönlichkeit frei zu entfalten.¹



Abbildung 1.1: Ursachen für Kinderarmut

Quelle: eigene Darstellung

1.3 Risikogruppen

Familien mit Kindern sind nicht generell einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Aber es gibt Familientypen, die mit einer höheren Armutsgefährdung behaftet sind.² Als Risikogruppen gelten Familien mit nur einem Elternteil, Familien steigend nach der Haushaltsgröße und Geschwisterzahl und Familien unter Berücksichtigung der ethnischen Herkunft.³

¹Vgl. Kues, S. 56.

²Vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Ökonomische Lage von Familien, S. 10.

³Vgl. Butterwegge/Kluntz/Belke-Zeng, S. 196ff.

1.3.1 Kinder Alleinerziehender

Alleinerziehende sind in Deutschland überproportional von Armut betroffen und haben das höchste Armutsrisiko.¹ Bei 84% der Fälle handelt es sich um alleinerziehende Mütter.² Ursachen für die wachsende Anzahl der Alleinerziehenden, die arm sind, sind die gestiegenen Scheidungszahlen, die Zunahme der unehelichen Geburten, die Schwierigkeiten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, sowie mangelnde Unterhaltsleistungen der Väter.

Insbesondere für junge Frauen mit niedriger Schulbildung und fehlender Ausbildung ist es schwer, zu arbeiten. Aber auch das mangelnde Betreuungsangebot für Kinder behindert eine Arbeitsaufnahme.³

Mit dem 2005 in Kraft getretenen Tagesbetreuungsausbaugesetz soll die Betreuungsquote für unter dreijährige Kinder erhöht werden und somit bessere Möglichkeiten zur Arbeitsaufnahme für Alleinerziehende geschaffen werden.⁴ Denn Grund für das wachsende Armutsrisiko der Kinder ist die verminderte Einkommens- und Berufschance des alleinerziehenden Elternteiles.⁵

1.3.2 Kinder aus kinderreichen Familien

In Deutschland gelten Kinder als Armutsrisiko, es kommt jedoch auf die Anzahl der Kinder an. Bei Familien mit einem oder zwei Kindern liegt das Armutsrisiko sogar unter dem Durchschnitt. Eine Umfrage des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) ergab für Eltern mit drei und mehr Kindern ein doppelt so großes Risiko, nämlich ungefähr 26,5%, auf oder sogar unter Arbeitslosengeld II-Niveau zu leben, als für Eltern mit nur einem oder zwei Kindern. Selbst wenn ein Einkommen aus einer Vollzeitstelle in der Familie vorhanden ist, reicht dies meistens nicht aus, um die ganze Familie zu unterhalten, denn der Lohn orientiert sich nicht an der Zahl der Kinder. Es müssen

¹Vgl. Schniering, S. 17.

²Vgl. Huster/Boeckh/Mogge-Grotjahn, S. 322.

³Vgl. Schniering, S. 17.

⁴Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Lebenslagen in Deutschland, Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 98, Auszug in Anlage Nr. 4.

⁵Vgl. Huster/Boeckh/Mogge-Grotjahn, S. 322.

also oft zusätzlich Leistungen nach dem SGB II in Anspruch genommen werden, sogenannte Aufstocker.¹

Vor allem für die Frauen einer Großfamilie wird es immer schwieriger, zu arbeiten. Meist fallen sie in die traditionelle Rolle einer Hausfrau und Mutter zurück.²

Die Zahl der Kinder mit mehreren Geschwistern, die Sozialgeld erhalten, ist mit ungefähr 1,9 Millionen trotzdem eine der kleineren Gruppen, denn es gibt heutzutage immer weniger Großfamilien.³

1.3.3 Kinder mit Migrationshintergrund

Ende 2007 lebten ca. 3,4 Millionen Kinder und Jugendliche unter fünfzehn Jahren mit Migrationshintergrund⁴ in Deutschland.⁵

Generell haben Personen mit Migrationshintergrund eine schwächere Einkommensposition. Dies wird durch eine ganze Reihe negativer Faktoren beeinflusst, bspw. durch sprachliche Barrieren oder fehlende bzw. nicht anerkannte berufliche Qualifikationen. Ihr Durchschnittseinkommen liegt bei 78,8% des Durchschnittseinkommens der Gesamtbevölkerung.

Aufgrund dessen haben Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Armutsrisiko.⁶ Außerdem bestehen ausländische Familien überdurchschnittlich häufig aus mehr als drei Kindern und sind somit zusätzlich den Benachteiligungen einer Großfamilie ausgesetzt.⁷

Für Kinder mit Migrationshintergrund lag das Armutsrisiko 2007 bei 35,5%, während es bei Kindern ohne Migrationshintergrund bei 15,6% lag.⁸

¹Vgl. Meyer-Timpe, Ulrike, Unsere armen Kinder, Wie Deutschland seine Zukunft verspielt, S. 38.

²Vgl. Schniering, S. 18.

³Vgl. Meyer-Timpe, S. 39.

⁴Unter diesem Begriff versteht man auch Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

⁵Vgl. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2007 -, Fachserie 1 Reihe 2.2, S. 64, Auszug in Anlage Nr. 5.

⁶Vgl. BMAS, 3. Armuts- und Reichtumsbericht, S. 139f.

⁷Vgl. Schniering, S. 22.

⁸Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2, S. 216f.

Oft fehlen Schulabschlüsse überdurchschnittlich häufig. Dies verbaut die berufliche Qualifikation und damit den erfolgreichen Übergang in den Beruf. Ein Vergleich von deutschen und ausländischen Schülern im Schuljahr 2006/2007 zeigt, dass nur ungefähr 15% der deutschen Kinder eine Hauptschule besuchen, während es bei Ausländern fast 40% sind. 12% der Männer und 15% der Frauen mit Migrationshintergrund verbleiben ohne Schulabschluss.¹

1.3.4 Kleinkinder

Betrachtet man die Verteilung des Sozialleistungsbezugsrisikos innerhalb der Minderjährigen, lässt sich feststellen, dass die unter 7-jährigen Kinder nahezu doppelt so häufig von Sozialleistungsbezug betroffen sind, als die Gruppe der 15- bis 18-Jährigen. Am höchsten liegt die Quote von 11,1% bei Kindern unter drei Jahren.²

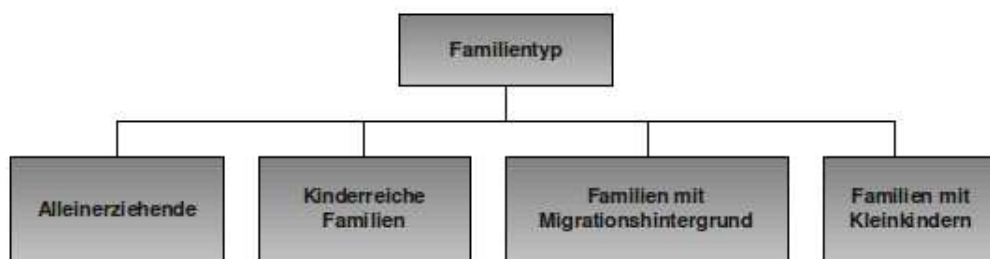


Abbildung 1.2: Risikogruppen nach Familientypen

Quelle: Caritas, Benachteiligungen von Anfang an, Anlage Nr. 6, eigene Darstellung

¹Vgl. BMAS, 3. Armuts- und Reichtumsbericht, S. 142f.

²Vgl. Butterwege, Christoph/Klunt, Michael, Kinderarmut und Generationengerechtigkeit, Familien- und Sozialpolitik im demographischen Wandel, S. 15.

1.4 Auswirkungen

Armut wirkt sich nicht nur im materiellen Bereich der Kinder aus, sondern auch in vielen immateriellen Bereichen.

Häufige Folgen von Armut sind die Aufgabe der sozialen Kontakte, sozialräumliche Segregation, Gesundheitsbeeinträchtigungen und eingeschränkte Karrierechancen der Nachkommen.¹

1.4.1 Gesundheitliche Auswirkungen

Kinder sind in Deutschland heutzutage die gesündeste Bevölkerungsgruppe und haben die längste Lebenserwartung. Gleichzeitig sind jedoch noch nie so viele Kinder in Deutschland in Armut geboren.² Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind weniger gesund als Kinder aus der Mittel- und Oberschicht.³ Das Versorgungssystem ist zunächst für alle da. Sozial benachteiligte Eltern fühlen sich jedoch oft von den Kinderärzten nicht verstanden und akzeptiert und können ihre Anweisungen nicht mit ihrer Lebensrealität vereinbaren.⁴ Folge ist, dass Gesundheitsangebote, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, weniger wahrgenommen werden.⁵

Einerseits gibt es physische Auswirkungen, wie z.B. Übergewicht als Folge von ungünstigem Ernährungsverhalten und geringer Teilnahme an Sportaktivitäten, mangelnde Zahnhygiene sowie regelmäßiger und exzessiver Alkoholkonsum.⁶

Andererseits führt Armut bei Kindern zu psychischen und emotionalen Auswirkungen, z.B. Verhaltensauffälligkeiten, eine erhöhte Gewaltbereitschaft oder ein deutlich geringeres Wohlbefinden, was sich in stärkeren Einsamkeitsgefühlen, größerer Niedergeschlagenheit und massiven Zukunftsängsten ausdrückt.

¹Vgl. Butterwegge/Klunt, S. 115.

²Vgl. Geene, Raimund/Gold, Carola, Kinderarmut und Kindergesundheit, S. 13.

³Vgl. Butterwegge/Klunt/Belke-Zeng, S. 164.

⁴Vgl. Geene/Gold, S. 19.

⁵Vgl. Huster/Boeckh/Mogge-Grotjahn, S. 326.

⁶Vgl. Butterwegge/Klunt/Belke-Zeng, S. 164f.

Dies können entweder unmittelbare Folgen ihrer prekären Lebenslage selbst sein oder Folgen von ungünstigen Entwicklungsbedingungen innerhalb der Familie, höheren Belastungen und häufigerem schulischen Versagen.¹

1.4.2 Gesellschaftliche Auswirkungen

Kinder und Jugendliche aus der unteren sozialen Schicht werden im Bildungssystem deutlich benachteiligt, denn Bildungschancen und -erfolge sind in Deutschland eng mit sozialer Herkunft verknüpft.²

Kinder, die in armen Verhältnissen aufwachsen, fehlt es oft gleichzeitig an Zuwendung, Erziehung und Bildung. Sie leben meist in beengten Wohnverhältnissen und in vernachlässigten Stadtvierteln mit schlechten Schulen und wenig Sozialangeboten. Folge sind schlechte Schulabschlüsse, mangelnde Ausbildung und geringe Berufschancen.

Arme Kinder haben deutlich öfter Defizite im Sprach-, Spiel- und Arbeitsverhalten als nichtarme Kinder, denn die Familien sind weniger in der Lage, Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsaufgaben positiv auszufüllen.³ Es bestehen jedoch nicht nur eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten an Bildung, sondern auch am kulturellen Leben und der Freizeitgestaltung.⁴

¹Vgl. Butterwegge/Kluntdt, S. 117.

²Vgl. Butterwegge/Kluntdt, S. 122.

³Vgl. Zander, Margherita, Kinderarmut, Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis, S. 218.

⁴Vgl. Schniering, S. 35.



Abbildung 1.3: Auswirkungen auf die Kinder und Jugendlichen

Quelle: Caritas, Benachteiligungen von Anfang an, Anlage Nr. 6, eigene Darstellung

1.5 Daten und Fakten innerhalb Deutschlands

Seit den 70er Jahren vollzog sich ein Strukturwandel, weg von der Armut der Alten hin zur Armut der Jüngeren.¹ Sowohl die Armuts- als auch die Wohlstandsquote hat sich im Zeitablauf erhöht, die Armutsquote jedoch vergleichsweise stärker. Innerhalb Deutschlands lassen sich unterschiedliche Auswirkungen feststellen. In Ostdeutschland ist die Kinderarmut deutlich höher ausgeprägt als in Süddeutschland.²

Die Frage nach der Generationengerechtigkeit stellt den Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit dar und muss daher im Zusammenhang der Gesamtentwicklung des Wohlstandes und seiner Verteilung in der Bevölkerung diskutiert werden. Da das Einkommen die wichtigste Ressource ist, beschränken sich die Bestandsaufnahmen auf die personelle Einkommensverteilung. Vorgenommen

¹Vgl. Chassé/Zander/Rasch, S. 13.

²Vgl. Eichhorn, Lothar: In Baden-Württemberg nur jedes 11. Kind auf „Sozialgeld“ nach SGB II angewiesen, bundesweit jedes 6. Kind, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2008, S. 19, Anlage Nr. 7.

wird allerdings nur ein zeitpunktbezogener Vergleich verschiedener Generationen, d.h. es wird eine Querschnittsanalyse gemacht, bei der erkennbar ist, ob die junge oder die ältere Generation proportional unter- oder überdurchschnittlich in den Randbereichen der Einkommensverteilung vertreten war.¹

1.5.1 1973 bis 1998

In dem Untersuchungszeitraum von 1973 bis 1998 sind mehrere Konjunkturzyklen und die deutsche Wiedervereinigung umfasst. Trotz des Wirtschaftswachstums und der damit verbundene Anstieg des Nettoäquivalenzeinkommens, nahm die Arbeitslosigkeit in der gesamten Periode zu. Dies lässt den Schluss auf einen gegenläufigen Effekt auf die personelle Einkommensverteilung zu.

In den 70er Jahren hat sich das Gesamtbild der personellen Einkommensverteilung trotz der Ölpreiskrise und dem ersten drastischen Anstieg der Arbeitslosenquote nicht geändert. Und auch in den 80er Jahren blieb es stabil. Erst in den letzten zehn Jahren des Untersuchungszeitraumes ist ein merklicher Anstieg der Ungleichheit zu beobachten.

Daraus lässt sich schließen, dass die Bevölkerung am unteren Rand der Einkommensverteilung noch ärmer und die am oberen Rand noch reicher geworden ist. Dabei ist in Westdeutschland das Nettoäquivalenzeinkommen gleichmäßiger verteilt als in Ostdeutschland.²

1.5.2 1998 bis Heute

Seit 1998 bis 2003 hat sich der Anteil der Haushalte mit Kindern, die unter der 60% Armutsgefährdungsquote liegen, von 12,6% auf 13,9% erhöht.

Der Trend von 1998 zum Rückgang der Sozialhilfeempfängerzahlen konnte sich seit 2001 nicht fortsetzen, denn von 2001 bis 2003 sind die Fallzahlen leicht angestiegen. Hiervon waren überwiegend die neuen Bundesländer betroffen. Dort

¹Vgl. Butterwegge/Klunt, S. 25f.

²Vgl. Butterwegge/Klunt, S. 29ff.

stieg die Zahl der Sozialhilfeempfänger um 7,5%. In Westdeutschland hingegen blieben die Zahlen unverändert.

Im Jahre 2002 waren in Deutschland mehr als 11% der Bevölkerung arm und 34% lebten im Niedrigeinkommensbereich (75%-Schwelle). Mehr als die Hälfte aller deutschen Kinder unter zehn Jahren lebten in prekären Einkommensverhältnissen (75%-Schwelle), 17,6% davon unter der damals geltenden 50%-Schwelle.

2003 fielen unter den politisch definierten Armutsbegriff 2,82 Millionen Personen in 1,42 Millionen Haushalten, dies entspricht 3,4% der Gesamtbevölkerung. Die Sozialhilfequote von Kindern und Jugendlichen unter achtzehn Jahren lag 2003 bei 7,2%. Damit war sie mehr als zehn Mal höher als die Zahl der über 65-jährigen Sozialhilfeempfänger.¹

Im Jahr 2007 waren insgesamt ca. 3 Millionen Kinder im Bundesgebiet arm. Rund 1,84 Millionen Kinder unter fünfzehn Jahren erhielten Sozialgeld nach dem SGB II, 19.000 Kinder hatten Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII, rund 65.000 Kinder erhielten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und 150.000 Kinder lebten in Familien, die Anspruch auf Kinderzuschlag hatten. Des Weiteren wurde angenommen, dass die Dunkelziffer beim SGB II-Bezug bei 48% liegt. Dies würde ungefähr 0,9 Millionen Kinder unter fünfzehn Jahren betreffen.²

Derzeit sind rund 3 Millionen Kinder unmittelbar von Armut betroffen.³ Hinzu kommen zusätzlich ungefähr 5 Millionen Kinder, die tatsächlich in armen Verhältnissen leben. Dies ist ein Drittel aller Kinder.⁴

Es lässt sich feststellen, dass sich eine überproportionale Armutsquote in allen Untersuchungszeiträumen für Kinder bis zum 14. Lj. ergab. Zunehmend betroffen sind Jugendliche im Alter von vierzehn bis siebzehn Jahren.⁵

¹Vgl. Chassé/Zander/Rasch, S. 11ff.

²Vgl. Holz, Gerda, Kinderarmut-Eine komplexe Herausforderung für staatliches Handeln, in: Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung, 2008, S. 145.

³Vgl. Berens, Anja, Kinderarmut, Suppe für die Seele, in: Spiegel Online, 23.03.2009, Anlage Nr. 8.

⁴Vgl. Fiedler, Mark, Kinderarmut in Deutschland-Tendenz steigt, in: Politik blog, 10.03.2009, Anlage Nr. 9.

⁵Vgl. Butterwegge/Kludt, S. 33ff.

1.5.3 Vergleich zweier Bundesländer

Im Jahr 2008 liegt die Armutsrisikoschwelle¹ für einen Alleinstehenden bei 787€ des gewichteten Nettoäquivalenzeinkommens. Für ein Paar mit zwei Kindern unter vierzehn Jahren liegt sie bei 1.652€. Dabei ist zu beachten, dass die Armutsrisikoschwelle im früheren Bundesgebiet ohne Berlin mit 814€ für Alleinstehende bzw. 1.710€ für eine Familie mit zwei Kindern unter vierzehn Jahren deutlich höher liegt, als in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin. Hier liegt sie für einen Ein-Personen-Haushalt bei 702€ und für eine Familie mit zwei Kindern unter vierzehn Jahren bei 1.473€.²

Beim Vergleich von Baden-Württemberg mit Mecklenburg-Vorpommern lassen sich enorme Unterschiede bei der Armutsgefährdungsschwelle feststellen. In Baden-Württemberg ist das durchschnittliche Einkommen höher als im Bundesgebiet, deshalb liegt auch die Armutsrisikoschwelle höher. Ein Paar mit zwei Kindern unter vierzehn Jahren gilt in Baden-Württemberg als armutsgefährdet, wenn das Familiennettoeinkommen weniger als 1.797€ beträgt. In Mecklenburg-Vorpommern hingegen liegt die Grenze schon bei 1.374€.

Dies ist in erster Linie auf die Arbeitslosenquote zurückzuführen. Auffällig hoch sind vor allem die Arbeitslosenquoten in den ostdeutschen Ländern und den Stadtstaaten. 2008 lag sie in Baden-Württemberg bei 4,3%, in Mecklenburg-Vorpommern hingegen bei 15,6%. Im gesamten Bundesgebiet bei 8,4%.

Aufgeteilt in West- und Ostdeutschland beträgt die Arbeitslosenquote im Westen 6,8% und in Osten 14,4%.³ Dies erklärt die großen Unterschiede bei der Armutsgefährdungsschwelle innerhalb Deutschlands, vor allem zwischen Ost- und Westdeutschland.

¹Armutsgefährdet sind Familien mit einem Niedrigeinkommen, d.h. wenn das monatliche Familiennettoeinkommen weniger als 60% des mittleren gewichteten Pro-Kopf-Einkommens beträgt. Das Pro-Kopf-Einkommen wird mit der modifizierten OECD-Skala multipliziert.

²Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Sozialberichterstattung, Tabelle A.2 Armutsgefährdungsschwelle in € nach Haushaltstyp, Auszug in Anlage Nr. 10.

³Vgl. Bundesagentur für Arbeit, Statistik Arbeitslosenquoten März 2008, Anlage Nr. 11.

	Alleinstehende	Haushalt mit 2 Erwachsenen und 2 Kindern bis zum 14. Lj.
Deutschland	787 €	1.652 €
Früheres Bundesgebiet (ohne Berlin)	814 €	1.710 €
Neue Bundesländer (mit Berlin)	702 €	1.473 €
Mecklenburg-Vorpommern	654 €	1.374 €
Baden-Württemberg	856 €	1.797 €

Tabelle 1.1: Armutsgefährdungsschwelle in €

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Sozialberichterstattung, Tabelle A.2 Armutsgefährdungsschwelle in € nach Haushaltstyp, eigene Darstellung

1.6 Armuts- und Reichtumsbericht

Die Bundesregierung setzt mit dem 3. Armuts- und Reichtumsbericht den Beschluss des Bundestages um, in der Mitte einer Legislaturperiode, eine Bestandsaufnahme der sozialen Lage in Deutschland vorzunehmen. Somit soll eine fundierte Politik zur Erhöhung der sozialen Gerechtigkeit und eine Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe möglich werden.

Bei der Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung ist auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland ein Mindestsicherungssystem unabdingbar. Durch die Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende (GfA) im Jahr 2005 soll die Arbeitslosigkeit effektiv und effizient abgebaut werden.¹ Denn das Armutsrisiko von Arbeitslosen liegt mit 43% mehr als drei Mal so hoch wie bei der Gesamtbevölkerung.

Da die Kinder mittelbar vom Einkommen ihrer Eltern abhängig sind und sich ihre Hilfebedürftigkeit nur durch ein ausreichendes Einkommen der Eltern überwinden lässt, ist Ziel der Sozialpolitik, möglichst viele erwerbsfähige Hilfebedürftige in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Dauerhafte Abhängigkeit

¹Vgl. BMAS, 3. Armuts- und Reichtumsbericht, S. 1, 39.

vom Staat führt zur Verfestigung der Armut über Generationen hinweg.

Für die Betroffenen müssen also Angebote für Betreuung, Bildung und einer angemessen entlohten Erwerbstätigkeit geschaffen werden, die es möglich machen, unabhängig von Transferleistungen zu leben.

Eine Maßnahme, die die Vereinbarkeit von Beruf und Kindererziehung ermöglicht, ist z.B. das Tagesbetreuungsausbaugesetz, in dem bis zum Jahr 2013 für 35% der Kinder unter drei Jahren ein Betreuungsplatz in einer Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege eingerichtet werden soll.¹

1.7 Kinder- und Jugendbericht

Die Bundesregierung hat gem. § 84 Abs. 1 Sozialgesetzbuch VIII, Kinder- und Jugendhilfe, eine gesetzliche Verpflichtung zur Aufstellung eines Jugendberichtes. Dieser soll eine Bestandsaufnahme und Analyse sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung der Jugendhilfe beinhalten.

Als Aufgabe in diesem Bericht hat sich die Bundesregierung die Verbesserung des Aufwachsens der nachfolgenden Generation gemacht, vor allem im Bereich der Gesundheit. Dies bedeutet, dass das soziale, psychische und physische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen nachhaltig verbessert werden soll.²

Gesundheitliche Belastungen von Kindern und Jugendlichen werden durch ungleiche Lebensbedingungen beeinflusst und wirken sich in der körperlichen, sozialen und psychischen Entwicklung aus. Soziale Benachteiligung und Armut treten in hohem Maße parallel zu gesundheitlichen Belastungen auf, insbesondere wenn es sich um Kinder mit Migrationshintergrund handelt.³

Der Bericht empfiehlt, Kindern und Jugendlichen aus sozial schwächeren Familien einen Zugang zu allen Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und

¹Vgl. BMAS, 3. Armuts- und Reichtumsbericht, S. I, XXIII, 82ff.

²Vgl. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 13. Kinder- und Jugendbericht, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, 2009, S. 4, Anlage Nr. 12.

³Vgl. BMFSFJ, 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 33.

Gesundheitsförderung zu ermöglichen, z.B. durch den Ausbau der Ganztagesbetreuung und -schulen und durch eine Integration in die Freizeitangebote der Kinder- und Jugendhilfe. Des Weiteren sollen Kostenerstattungen dort möglich sein, wo Kinder und Jugendliche von gesundheitsfördernden Angeboten, wie z.B. gesundes Mittagessen in Ganztageseinrichtungen oder Ferienerholungsangebote, ausgeschlossen sind.¹

1.8 OECD

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ist eine internationale Organisation, bestehend aus 30 Mitgliedsstaaten aus der ganzen Welt. Sie bekennen sich zur Demokratie und Marktwirtschaft, haben zumeist ein hohes Pro-Kopf-Einkommen und gelten als entwickelt.²

Die OECD hat die Lebensbedingungen von Kindern bis zum Alter von fünfzehn Jahren in den Mitgliedsländern im Hinblick auf Wohlbefinden und Chancengleichheit untersucht. Betrachtet wurden unter anderem die finanzielle Ausstattung der Haushalte, die medizinische Versorgung und die elterliche Zuwendung.

Ergebnis des Berichtes: „Doing better for children“, der im September 2009 in Berlin vorgestellt wurde, ist, dass viele Industriestaaten weniger Geld für ihre Kinder ausgeben, jedoch wesentlich bessere Ergebnisse erzielen als Deutschland. Deutschland gibt ca. 10 bis 20% mehr für Bildung, Dienstleistungen und direkte Sozialtransfers aus, als die anderen Mitgliedsländer. Trotzdem lebt fast jedes sechste Kind in Deutschland in relativer Armut.³ Im OECD-Durchschnitt ist es ungefähr jedes achte Kind. Die Armutsgefährdung ist bei Kindern, die nur mit einem Elternteil leben, am höchsten. Die Armutsrate der Alleinerziehenden beträgt 40%, der OECD-Durchschnitt liegt bei 30%.

Nach Empfehlungen der Leiterin der OECD-Abteilung Sozialpolitik Monika

¹Vgl. BMFSFJ, 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 253.

²Vgl. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Ziele und Partner, Anlage Nr. 13.

³Gemessen an der 50% Armutsgrenze.

Queisser, sollte Deutschland die Transfers stärker auf bedürftige Kinder und ihre Familien konzentrieren, sowie Dienstleistungen wie Kinderbetreuung und Ganztageseschulen ausbauen.

Auch bei den Leistungen im Bildungsbereich sind in Deutschland große Unterschiede zwischen starken und schwachen Schülern festzustellen. Gut hingegen schneidet Deutschland beim Gesundheitszustand ab und auch die Ausstattung mit nötigen Materialien für den Unterricht wie Computer und Schulbücher ist gut.¹

Die OECD fordert Mindestinvestitionen von 1% des Bruttoinlandsprodukts im Bereich der vorschulischen Bildung. Derzeit liegen die Ausgaben in Deutschland bei 0,66% mit sinkender Tendenz.²

¹Vgl. Botica, Melanie, OECD-Bericht, Deutschland, armes, reiches Kinderland, in: focus online, 01.09.2009, Anlage Nr. 14.

²Vgl. Deutsches Kinderhilfswerk, Forderungen und Handlungsfelder des Deutschen Kinderhilfswerkes zur Bekämpfung der Kinderarmut in Deutschland, S .3, Anlage Nr. 15.

2 Sozialgesetzbuch II

Zum 01.01.2005 trat die GfA nach dem SGB II in Kraft. Hierbei handelt es sich um das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003. Besser bekannt ist es im allgemeinen Sprachgebrauch als „Hartz IV“.¹ Gegenstand der Neuregelung ist die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu einer einheitlichen Sozialleistung, das Arbeitslosengeld II (Alg II).²

Obwohl sich die Geburtenzahl seit 1965 nahezu halbiert hat und die Erwerbstätigkeit der Mütter gestiegen ist, ist die Zahl der Kinder, die sich im unteren sozialen Netz befinden, immer weiter gestiegen. Heute beziehen 2,2 Millionen Kinder und Jugendliche unter achtzehn Jahren Sozialleistungen. Die Zahlen sind stetig angestiegen. In der Phase der wirtschaftlichen Konjunktur sind die Zahlen leicht zurückgegangen, setzten jedoch in der Phase der Rezession auf höherem Niveau wieder ein. Die Gesellschaft kann also die wenigen Kinder, die sie hat, nicht optimal versorgen und ausbilden.³

2.1 Aufgabe und Ziel des SGB II

Bereits in § 1 Abs. 1 SGB II wird deutlich gemacht, dass oberstes Ziel der GfA die Eingliederung in Arbeit ist und somit der Abbau der Arbeitslosigkeit. Vor

¹Vgl. Löschau, Martin/Marschner, Andreas, Reform der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), S. V.

²Vgl. Steck, Brigitte/Kossens, Michael, Arbeitslosengeld II, Aktuelle Rechtsprechung und Entwicklung in der Praxis, S. 1.

³Vgl. Lenze, Anne, Kinderrechte und Sozialrecht: die Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, in: Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes, 2009, S. 29.

allem soll die Eigenverantwortung des Hilfebedürftigen gestärkt werden, z.B. durch Hilfe zur Selbsthilfe.¹

Durch die Eingliederung in Arbeit soll die Hilfebedürftigkeit des Leistungsbeziehers und die der Personen, die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft (BG)² leben, schnellstmöglich beendet bzw. verringert werden. Als Arbeit wird grundsätzlich jede Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angesehen, die für den Betroffenen zumutbar³ ist.⁴

Die Aufgabe der Sicherung des Lebensunterhaltes steht erst an zweiter Stelle und wird nur dann gewährt, wenn die Grundsicherung nicht aus eigenen Mitteln und Kräften bestritten werden kann. Es besteht allerdings ein gesetzlicher Anspruch, soweit alle Voraussetzungen erfüllt sind und nicht vorrangige andere Sozialleistungsansprüche, z.B. durch die Deutsche Rentenversicherung, bestehen. Bei der GfA handelt es sich um das unterste soziale Netz.⁵

Um das oberste Ziel, nämlich Abbau der Arbeitslosigkeit, zu erreichen, werden die Grundsätze des Forderns und Förderns angewandt.⁶ Der Behörde ist hierbei ein pflichtgemäßes Ermessen eingeräumt.⁷

2.2 Grundsatz des Forderns und Förderns

Der Grundsatz des Forderns ist in § 2 SGB II geregelt und legt die hauptsächlichen Pflichten des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen fest.⁸ Der Hilfebedürftige muss eigeninitiativ, d.h. in eigener Verantwortung, jede Möglichkeit nutzen, die zur Beendigung seiner Arbeitslosigkeit führt, insbesondere durch Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und einer aktiven Mitarbeit bei allen Maßnahmen,

¹Vgl. Löschau/Marschner, S. 3.

²Zur BG gehören vor allem der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner und die dem Haushalt angehörigen Kinder bis zum 25. Lebensjahr.

³Zumutbar ist grds. jede Arbeit. Eine Ausnahme besteht, wenn z.B. die Erziehung des Kindes gefährdet wäre.

⁴Vgl. Löschau/Marschner, S. 1ff.

⁵Vgl. Obermaier, Sebastian E., Arbeitslosengeld II in Fragen und Antwort, Bedürftigkeit, Leistung, Rückforderung, Rechtsschutz, S. 2.

⁶Vgl. Löschau/Marschner, S. 2.

⁷Vgl. Obermaier, S. 2.

⁸Vgl. Löschau/Marschner, S. 3.

die die Behörde zur Eingliederung in Arbeit veranlasst, z.B. Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung.

Der Grundsatz des Förderns ist in § 14 SGB II geregelt und sieht vor, für jeden Hilfebedürftigen einen persönlichen Ansprechpartner oder Fallmanager zu benennen, der ihn unterstützt und betreut und mit ihm gemeinsam in der Eingliederungsvereinbarung die persönlichen Ziele und Möglichkeiten festlegt. Die Eingliederungsvereinbarung enthält die Eigenbemühungen, die der Hilfebedürftige anstellen muss, aber auch die Maßnahme, die die Agentur für Arbeit gem. § 16 SGB II erbringt. Geeignete Maßnahmen hängen vor allem von der Eignung des Hilfebedürftigen, seiner Lebenssituation und von der voraussichtlichen Dauer der Hilfebedürftigkeit ab, vorrangig sind aber in jedem Fall die Maßnahmen, die unmittelbar die Arbeitsaufnahme ermöglichen.¹

2.3 Träger der Grundsicherung

Welche Behörde für die GfA zuständig ist, war im Gesetzgebungsverfahren die am heftigsten umstrittene Frage. Grundsätzlich wurde eine duale Trägerschaft festgelegt.

Im Regelfall ist die Bundesagentur für Arbeit (BA) für alle Leistungen zur Eingliederung in Arbeit, wie z.B. Beratung und Vermittlung und für die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, insbesondere das Arbeitslosengeld II, das Sozialgeld und den Mehrbedarf, zuständig. Der kommunale Träger ist gem. § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB II hauptsächlich für die Kosten der Unterkunft und Heizung zuständig.² Die BA und die Kommunen bilden gem. § 44 b SGB II zur einheitlichen Wahrnehmung ihrer Aufgaben entweder sogenannte Arbeitsgemeinschaften oder erfüllen ihre Aufgaben in getrennten Trägerschaften. Abweichend vom Regelfall können sogenannte optierende Kommunen, die von der Experimentierklausel der §§ 6 a, 6 b SGB II Gebrauch machen, anstelle der BA deren Aufgaben übernehmen.³

¹Vgl. Steck/Kossens, S. 8f.

²Vgl. Steck/Kossens, S. 157f.

³Vgl. Löschau/Marschner, S. 30.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Urteil vom 20.12.2007 die Vorschrift zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften gem. § 44 b SGB II als Gemeinschaftseinrichtung der BA und der kommunalen Träger als unvereinbar mit der Selbstverwaltungsgarantie des Art. 28 Abs. 2 S. 1 und Art. 2 i.V.m. Art. 83 Grundgesetz (GG) erklärt. Die Vorschrift verletzt durch die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung die Gemeindeverbände in ihrem Anspruch auf eine eigenverantwortliche Aufgabenerledigung. Denn der zuständige Verwaltungsträger ist verpflichtet, seine Aufgaben mit eigenem Personal, eigenen Sachmitteln und eigener Organisation wahrzunehmen. Die Norm darf längstens bis zum 31.12.2010 angewendet werden.¹

2.4 Leistungsarten

Die GfA umfasst zwei Leistungsarten, nämlich neben der Leistung zur Eingliederung in Arbeit (§§ 14 bis 18 a SGB II) noch die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (§§ 19 bis 35 SGB II). Bei den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes handelt es sich um Pflichtleistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, sobald alle Voraussetzungen vorliegen.²

Das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt baut darauf auf, dass nur dann der Staat Verantwortung übernimmt, wenn jemand seinen Bedarf und den seiner Angehörigen nicht eigenverantwortlich decken kann. Ist dies der Fall, muss der Staat ein menschenwürdiges Leben gem. Art. 1 Abs. 1 GG ermöglichen, indem er das soziokulturelle Existenzminimum sicherstellt.³

¹Vgl. Bundesverfassungsgericht, Bildung von Arbeitsgemeinschaften, 20.12.2007, AZ: 2 BvR 2433/04, 2 BvR 2434/04.

²Vgl. Löschau/Marschner, S. 18f.

³Vgl. Deutscher Bundestag, Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS/90 DIE GRÜNEN, Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, S. 44f, Anlage Nr. 16.

2.5 Leistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes

Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes stehen zwar im Gesetz hinter den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit zurück, trotzdem stehen sie für die meisten Hilfebedürftigen im Mittelpunkt des Interesses.¹

Der allgemeine Lebensunterhalt soll durch einen monatlichen Pauschalbetrag gesichert werden. Das SGB II enthält jedoch keine Vorschriften für die Bemessungsgrundlage, deshalb ist § 28 Abs. 3 SGB XII entsprechend anzuwenden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) legt durch Rechtsverordnung die Bemessung, den Aufbau und die Fortschreibung der Regelsätze fest. Die Regelsätze werden dann auf Grundlage der Regelsatzverordnung (RSV) von den Ländern durch eine eigene Rechtsverordnung festgesetzt.

Die aktuelle RSV wurde durch Gesetz vom 02.03.2009 geändert.²

2.5.1 Regelleistung

Die Regelleistung in der GfA setzt sich zusammen aus dem Alg II für Erwerbsfähige und dem Sozialgeld für Nichterwerbsfähige. Das Sozialgeld ist also eine eigenständige Leistung, die neben das Alg II tritt.

Über § 28 Abs. 1 S. 2 SGB II gilt § 19 S. 1 SGB II auch für das Sozialgeld. Bis auf einige Ausnahmen gelten hier also die gleichen Bestimmungen, wie für das Alg II.³ § 28 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 SGB II trifft allerdings eine ergänzende Regelung über die Höhe des Sozialgeldes. Bezugsgröße ist die Regelleistung für Alleinstehende gem. § 20 Abs. 2 SGB II, die sogenannte Eckregelleistung. Die Beträge des Sozialgeldes werden mit bestimmten Prozentsätzen errechnet.⁴

¹Vgl. Löschau/Marschner, S. 204ff.

²Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Material zur Information: Die Entwicklung der Regelsatzbemessung, 2009, S. 5f, Anlage Nr. 17.

³Vgl. Rofls, Christian/Giesen, Richard/Kreikebohm, Ralf/Udsching, Peter, Sozialrecht, SGB II-Grundsicherung für Arbeitssuchende, SGB III-Arbeitsförderung, SGB VIII-Kinder- und Jugendhilfe, SGB XII-Sozialhilfe, Kommentar, S. 182f, Rn. 1.

⁴Vgl. Rofls/Giesen/Kreikebohm/Udsching, S. 184, Rn. 9, Schwabe, Regelleistungen im SGB II und Regelsätze im SGB XII ab 1.7.2009, in: Familie, Partnerschaft, Recht, Zeitschrift für die Anwaltspraxis, 2009, S. 459.

Kinder bis fünf Jahre erhalten 60% der Eckregelleistung, Kinder zwischen sechs und dreizehn Jahre 70% und Kinder ab vierzehn Jahre 80%.¹

Personenkreis	Prozentsatz	Betrag
Alleinstehende („Eckregelleistung“)	100%	359 €
Ehegatten/Lebenspartner jeweils	90%	323 €
Haushaltsangehörige ab 14 Jahre	80%	287 €
Haushaltsangehörige ab 6 bis 13 Jahre	70%	251 €
Haushaltsangehörige bis 5 Jahre	60%	215 €

Tabelle 2.1: Höhe der Regelleistungen seit 01.07.2009

Quelle: Schwabe, Bernd-Günter, Regelleistungen im SGB II und Regelsätze im SGB XII ab 1.7.2009, in: Familie, Partnerschaft und Recht, 2009, S. 460, eigene Darstellung

2.5.1.1 Weiterentwicklung

Da die Vorschriften des SGB II keine eigene Regelung über die Neubemessung der Regelleistung enthält, regelt § 20 Abs. 4 S. 2 SGB II, dass § 28 Abs. 3 S. 5 SGB XII entsprechend Anwendung findet.

Die Bemessung wird überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt, sobald die Ergebnisse einer neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS)² vorliegen.³ Außerdem werden gem. § 20 Abs. 4 S. 1 SGB II die Regelleistungen zum 1. Juli eines Jahres an den aktuellen Rentenwert aus der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst.⁴

¹Vgl. Schwabe, S. 460.

²Die EVS ist eine amtliche Statistik über die Lebensverhältnisse privater Haushalte in Deutschland, die ca. alle 5 Jahre mit 0,2% aller privaten Haushalte durchgeführt wird. Sie liefert Informationen über die Einkommens-, Vermögens- und Schuldensituation sowie Konsumausgaben privater Haushalte. Außerdem informiert sie über die Ausstattung mit Gebrauchsgütern und über die Wohnverhältnisse.

³Vgl. BMAS, Die Entwicklung der Regelsatzbemessung, 2009, S. 3, 6.

⁴Vgl. Steck/Kossens, S. 45.

2.5.1.2 Fallbeispiel

Eine fünfköpfige Familie aus Dortmund bezieht Leistungen zur GfA, da die Teilzeitstelle des Vaters als Lagerarbeiter den Lebensunterhalt der Familie nicht vollständig decken kann. Das Arbeitseinkommen des Vaters wird auf den Gesamtbedarf der Familie angerechnet. Die Mutter ist gelernte Altenpflegerin, arbeitet jedoch seit Jahren nicht mehr. Beide Elternteile erhalten 90% der Eckregelleistung, dies sind derzeit 323 €. Hinzu kommen je 251 € (70% der Eckregelleistung) für die 12-jährige Tochter und den 9-jährigen Sohn und 215 € (60% der Eckregelleistung) für den 2-jährigen Sohn. Zusätzlich werden die Kosten für die Miete und Heizung übernommen.

90% Regelleistung (Mutter)	323 €
90% Regelleistung (Vater)	323 €
70% Regelleistung (Tochter 12 Jahre)	251 €
70% Regelleistung (Sohn 9 Jahre)	251 €
60% Regelleistung (Sohn 2 Jahre)	215 €
Insgesamt	1.363 €

Tabelle 2.2: Bedarf nach dem SGB II

Quelle: eigene Darstellung

Mit dem Gehalt des Vaters verfügt die Familie über ein monatliches Einkommen von 1.631 €. Große Sprünge kann die Familie nach eigener Aussage damit nicht machen. Sie kaufen beim Discounter mit den niedrigsten Preisen ein und müssen dennoch auf Frisörbesuche, Fahrradreparaturen und neue Torwarthandschuhe für den Sohn verzichten. Die Familie hat Klage gegen die Höhe der Regelleistungen für die Kinder erhoben, da diese keineswegs weniger Geld für den Lebensunterhalt benötigen, als Erwachsene.¹

¹Vgl. Ohne Verfasser, Streit um Hartz IV: Wie viel Geld braucht eine Familie wirklich, in Stern.de, 30.10.2009, Anlage Nr. 18.

2.5.2 Zusätzliche Leistungen für die Schule

Mit Wirkung zum 01.08.2009 trat die Vorschrift des § 24 a SGB II in Kraft, welche zusätzliche Leistungen für die Schule gewährt. Die Norm wurde in der Diskussion um Kinderarmut erlassen und reagiert auf die Entwicklung, dass Familien, die Leistungen beziehen, die Beträge für die Ausstattung zum Schuljahresbeginn oft nicht aus den Regelleistungen erbringen können. Aufgrund dessen erhalten diese Familien zusätzlich 100 € pro Kind zu Beginn des Schuljahres, die für den Erwerb der notwendigen Schulausstattung vorgesehen sind. Hierunter fallen z.B. Schulranzen, Turnzeug, Schreib-, Rechen- und Zeichenmaterial wie Füller, Tintenpatronen, Bleistifte, Hefte und Blöcke. Obwohl diese Gegenstände von der Regelleistung erfasst sind, werden sie zusätzlich gewährt. In begründeten Fällen kann ein Verwendungsnachweis verlangt werden, es müssen allerdings konkrete Anhaltspunkte vorliegen.¹

2.5.3 Weitere Leistungen

Die Kosten für die Unterkunft und Heizung sind nicht in der Regelleistung enthalten, sondern werden gem. § 22 SGB II separat erbracht. Soweit sie angemessen sind, werden sie in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen übernommen.² Wohnen mehrere Personen in einer Unterkunft, errechnet sich der Kostenanteil anteilmäßig Pro-Kopf.³

Mehrbedarfe sind weitere Leistungen, die bei Vorliegen bestimmter Umstände gewährt werden. Sie richten sich nach § 21 SGB II. Gem. Abs. 2 erhalten z.B. werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche einen Mehrbedarf von 17% der Regelleistung. Auch Alleinerziehende, die mit mindestens einem minderjährigen Kind zusammenleben, erhalten gem. § 21 Abs. 3 SGB II einen bestimmten Mehrbedarf. Dieser richtet sich nach dem Alter der zu erziehenden

¹Vgl. Kruse, Jürgen/Reinhard, Hans-Joachim/Winkler, Jürgen/Höfer, Sven/Schwengers, Clarita, SGB XII Sozialhilfe, Kommentar, S. 83f, Rn. 2f.

²Vgl. Steck/Kossens, S. 53.

³Vgl. Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, S. 150, Rn. 7.

Kinder sowie nach der Kinderzahl.¹

Abweichende Erbringung von Leistungen in Form eines Darlehens können gewährt werden, wenn gem. § 23 Abs. 1 SGB II ein unabweisbarer Bedarf besteht. Voraussetzung ist, dass die Leistung von der Regelleistung nach § 20 Abs. 1 S. 1 SGB II umfasst ist und es sich um einen unabweisbaren Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes handelt. Der unabweisbare Bedarf bezieht sich hier auf die Sicherung des soziokulturellen Existenzminimums und nicht auf den Grad der Erforderlichkeit.

Gem. § 23 Abs. 3 SGB II werden auch Leistungen gesondert erbracht, die nicht von der Regelleistung umfasst sind. Hierunter fallen z.B. mehrtägige Klassenfahrten.²

2.6 Berechtigter Personenkreis

Kinder, die das 15. Lj. noch nicht vollendet haben, bekommen Sozialgeld gem. § 28 SGB II. Grund dieser Altersgrenze gem. § 7 Abs. 1 SGB II ist das Jugendarbeitsschutzgesetz, denn wer noch nicht sechzehn Jahre alt ist, ist schulpflichtig und damit nicht erwerbsfähig. Voraussetzung für den Bezug von Sozialgeld ist allerdings, dass der nicht Erwerbsfähige mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer BG lebt.

Die Erwerbsfähigkeit ergibt sich aus § 8 SGB II und setzt voraus, dass jemand nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben.³

Eine BG liegt in den Fällen des § 7 Abs. 3 Nr. 1 bis Nr. 4 SGB II vor. Damit überhaupt andere Personen Mitglieder einer BG sein können, muss mindestens ein erwerbsfähiger Hilfebedürftiger vorhanden sein.⁴ Auf ihn müssen alle Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 SGB II zutreffen. Kinder und Jugendliche sind

¹Vgl. Löschau/Marschner, S. 215ff.

²Vgl. Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, S. 159f, Rn. 4, 21.

³Vgl. Löschau/Marschner, S. 46.

⁴Vgl. Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, S. 17, Rn. 10.

dann Bestandteile einer BG, wenn sie dem Haushalt angehören, unverheiratet sind, noch nicht das 25. Lj. vollendet haben und ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen decken können.¹

Die Hilfebedürftigkeit des Erwerbsfähigen ergibt sich aus § 9 SGB II. Hiernach ist hilfebedürftig, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln decken kann, insbesondere durch Arbeit, Einkommen und Vermögen.²

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Kind dann gem. § 28 SGB II sozialgeldberechtigt ist, wenn es noch nicht das 15. Lj. vollendet hat, mit einem hilfebedürftigen erwerbsfähigen Elternteil in einem Haushalt lebt und dieser nicht den Lebensunterhalt durch Arbeit, Einkommen oder Vermögen decken kann.

2.7 Einsatz eigener Mittel

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes werden nur gewährt, soweit Hilfebedürftigkeit besteht. Die Höhe des Anspruches ergibt sich demnach aus der Gegenüberstellung des Bedarfes mit dem einzusetzenden Einkommen und Vermögen der potenziellen Hilfeempfänger im Bedarfszeitraum. Der Bedarfszeitraum beträgt jeweils einen Kalendermonat. Zum Bedarf gehören die Lebensunterhaltungskosten des möglichen Hilfeempfängers und die, der mit ihm in einer BG lebenden Personen, sowie die Kosten für die Eingliederung in Arbeit.

Das den eigenen Bedarf übersteigende Einkommen eines Mitglieds der BG wird auf den Bedarf der anderen BG Mitglieder angerechnet. Eine Ausnahme besteht für das Einkommen minderjähriger Kinder. Einkommen der Kinder wird nur bei den Eltern angerechnet, soweit es sich um Kindergeld handelt und dieses den Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes des Kindes übersteigt.³

¹Vgl. Löschau/Marschner, S. 50ff.

²Vgl. Steck/Kossens, S. 6.

³Vgl. Steck/Kossens, S. 115.

3 Beurteilung der Regelleistung für Kinder

Alltagserfahrungen zeigen, dass es schwierig ist, Kindern mit den Regelleistungen aus dem SGB II gesellschaftliche Normalität auf bescheidenem Niveau zu ermöglichen. Statistiken und Erfahrungen belegen, dass Kinder, die auf Sozialgeld angewiesen sind, oft auf gesellschaftliche Teilhabe und Bildung verzichten müssen. Konsequenz davon ist gesellschaftliche Ausgrenzung aufgrund materieller Armut.¹ Um die Regelleistung für Kinder beurteilen zu können, müssen mehrere Aspekte betrachtet werden.

3.1 Bemessung der Regelleistung für Kinder

Die Regelleistung der Kinder wurde auf ursprünglich 60% der Regelleistung für Erwachsene festgesetzt. Damit beruht die Festsetzung lediglich auf einer pauschalen und linearen Absenkung der Regelleistung für Erwachsene. Die tatsächliche Bedarfslage von Kindern wurde nicht berücksichtigt. Deshalb liegt der Verdacht einer willkürlich gegriffenen Größe nahe.

Der Gesetzgeber muss aber gem. Art. 3 Abs. 1 i.V.m. Art. 6 Abs. 2 GG für die Ermittlung der Höhe der Regelleistungen für Kinder derselben Sachgesetzlichkeit folgen, wie bei der Ermittlung für Erwachsene. Nach Art. 6 Abs. 2 GG

¹Vgl. Der Paritätische Gesamtverband, Expertise: Was Kinder brauchen... Für eine offene Diskussion über das Existenzminimum für Kinder nach dem Statistikmodell gemäß § 28 SGB XII (Sozialhilfe), S. V, Anlage Nr. 19.

unterliegen Kinder einem besonderen verfassungsrechtlichen Schutz.¹

3.2 Zustandekommen der Eckregelleistung für Erwachsene

Für Erwachsene hat der Gesetzgeber eine detaillierte Ermittlung und Bewertung des Bedarfs im Rahmen der Regelung des § 20 SGB II vorgenommen. Der Bedarfsbemessung wurde, aufgrund fehlender Vorschrift im SGB II, das sogenannte Statistikmodell des Sozialhilferechts nach § 28 Abs. 3 SGB XII zugrundegelegt. Dabei sind Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten der Maßstab für die Bemessung.²

3.2.1 Statistikmodell

Die monatliche Regelleistung für Alleinstehende und Alleinerziehende ergibt sich bei der Einführung des SGB II aus der Auswertung der EVS 1998, die auf den Stand 01.07.2003 hochgerechnet wurde. Die aktuelle Regelsatzbemessung basiert auf den Ergebnissen der EVS 2003.

Für das Statistikmodell maßgebend sind die Ausgabepositionen des privaten Verbrauchs von Ein-Personen-Haushalten. Die unteren 20% der EVS bestimmen die Regelleistung.³ Sozialhilfeempfänger, die überwiegend von Transferleistungen leben, werden vorher herausgenommen. Denn sonst würde deren Konsumverhalten mit in die Ermittlung der Regelleistung eingehen. Grund der Regelung ist, dass jeder Bezieher so gestellt werden soll, wie etwa ein Viertel der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Es soll möglich sein, ein Leben zu führen, ohne als Empfänger von Sozialleistungen aufzufallen.

¹Vgl. Blüggel, Jens, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder im Grundsicherungsrecht des SGB II, 23.07.2009, in: juris.

²Vgl. Frommann, Matthias, Warum nicht 627 €?, Zur Bemessung des Regelsatzes der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII für das Jahr 2005, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge, 2004, S. 247.

³Vgl. Blüggel.

Die Ausgangswerte der einzelnen Abteilungen der EVS werden mit 100% gewertet. Aus den einzelnen Positionen werden dann Abschläge durch teilweises oder vollständiges Herausnehmen einzelner Ausgabearten vorgenommen, die nicht regelleistungsrelevant sein sollen. Nur der anerkannte Prozentsatz geht in die Regelleistung ein.¹

Der ermittelte Bedarf stellt die tatsächlich monatlich verbrauchten Verbrauchsgüter dar. Da jedoch nicht jeden Monat alle Verbrauchsausgaben anfallen, sondern viele nur in unregelmäßigen und längeren Abständen, wird von den Leistungsbeziehern eine gewisse Eigenverantwortung bei der Bedarfsdeckung verlangt.²

3.2.2 Lohnabstandsgebot

Zusätzlich zu den statistischen Daten der EVS wird das Lohnabstandsgebot berücksichtigt. Es wird sichergestellt, dass der abgedeckte Bedarf bei Leistungen nach dem SGB XII und dem SGB II in ausreichendem Abstand zu den unteren Arbeitnehmerinnen und -arbeitern steht. Es sollen Anreize für die Leistungsbezieher zur Aufnahme einer Arbeit oder Weiterbeschäftigung bestehen.³

3.2.3 Beurteilung der Bemessung für Erwachsene

Es taucht immer wieder die Frage der Vereinbarkeit der Höhe der Regelleistungen für Erwachsene mit dem Verfassungsrecht auf.

Ein Teil der Literatur bejaht die Verfassungsmäßigkeit der Regelung für Erwachsene, denn Maßstab sei allein die Menschenwürde in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip. § 20 Abs. 2 SGB II berücksichtigt die soziokulturelle Existenz und wird durch eine Reihe von Handlungsinstrumenten gegen soziale Stigmatisierung und Ausgrenzung ergänzt. Der Einwand der mangelnden Transparenz sowie eines fehlerhaften Verfahrens bei der Festsetzung der Regelleistung

¹Vgl. Lenz, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 35f.

²Vgl. Schwabe, S. 460.

³Vgl. Schwabe, S. 460.

kann nicht durchgreifen, denn verfassungsrechtlich maßgeblich ist allein, ob das Existenzminimum unterschritten wird.¹

Andere Teile der Literatur sehen in der Bemessung der Regelleistung für Erwachsene einen Verstoß. Ein großes Problem sind die vorgenommenen Abschläge. Der Datensatz aus der EVS wurde nicht unverändert übernommen, sondern mit Abschlägen versehen. Abzüge für Arbeitskleidung können nachvollzogen werden, Zweifel bestehen jedoch bei Abzügen für Maßkleidung, Pelze, Kunstgegenstände und Sportboote, da diese Ausgaben bei der untersten Einkommensgruppe nicht anfallen.

Die Regelleistungen sollen ordnungsgemäß, rechtskonform, transparent und nachvollziehbar bemessen werden und nicht nur durch eine Pauschale. Sie sollen sich an den individuellen Bedürfnissen orientieren.

Das BVerfG befasst sich nicht nur mit den Regelleistungen für Kinder, sondern stellt auch die Methode in Frage, mit der die Regelleistungen für Erwachsene ermittelt wurden.²

3.3 Inhalt und Zusammensetzung der Regelleistung

Der abzusichernde Lebensunterhalt beinhaltet insbesondere Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Zu Bedürfnissen des täglichen Lebens gehören in geringem Umfang Beziehungen zur Umwelt und Teilhabe am kulturellen Leben.³

Die Abteilung für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren geht mit einem Anteil von 96% aus der EVS in die Regelleistung ein. Für Kinder bis zum 6. Lj. ergibt dies einen täglichen Betrag von 2,66 € (79,82 €/30), für Kinder zwischen dem 7. und 14. Lj. 3,10 € (93,12 €/30) und für Kinder ab dem 14. Lj. 3,55 € (106,42 €/30), der für Nahrungsmittel und Getränke ausgegeben werden

¹Vgl. Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, S. 139, Rn. 11, 12.

²Vgl. Hipp, Dietmar, Hartz IV: Verfassungsrichter bringen Regierung in Erklärungsnot, in: Spiegel Online, 21.10.2009, Anlage Nr. 20, Lenze, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 36.

³Vgl. Schwabe, S. 459.

kann. Allerdings sind in diesen Beträgen rund 5,7% für alkoholische Getränke und rund 8,7% für Tabakwaren gedacht. Als Vergleichsmaßstab wurden bereits Discountpreise angesetzt. Bekleidung und Schuhe sind in vollem Umfang regelleistungsrelevant.

Strom, Reparatur und Instandhaltung der Wohnung gehen nur zu 8% in die Regelleistung ein. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die tatsächlichen und angemessenen Unterkunfts- und Heizungskosten neben der Regelleistung gezahlt werden.

Ausgaben für Medikamente werden nur zu 71% aus der EVS anerkannt, über Zuzahlungen hinausgehende ärztliche Leistungen und Medikamente sowie Praxisgebühren werden in der Regelleistung nicht berücksichtigt. Diese Ausgaben sind zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2003 noch nicht angefallen, so dass eine angemessene Berücksichtigung zu prüfen wäre.

Ausgabepositionen, die in der Eckregelleistung nicht berücksichtigt werden, sind z.B. Mobilfunk, Haustiere, außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern, Kinderbetreuung, Nachhilfeunterricht, Schmuck und Uhren.¹

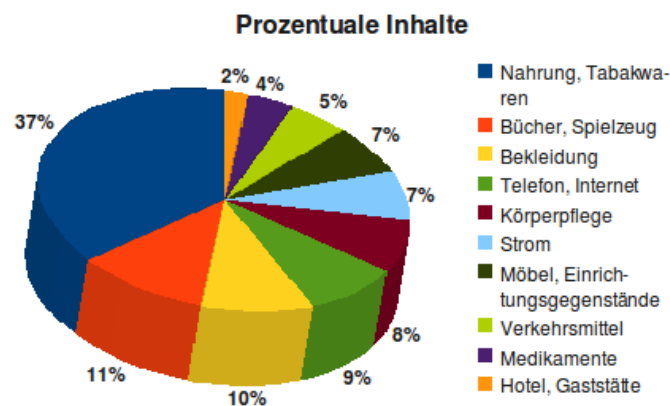


Abbildung 3.1: Prozentuale Inhalte der Regelleistung

Quelle: Schwabe, Bernd-Günter, Regelleistungen im SGB II und Regelsätze im SGB XII ab 1.7.2009, in: Familie, Partnerschaft und Recht, 2009, S. 461, eigene Darstellung

¹Vgl. Becker, Irene, Gutachten laut Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 11.08.2008 zu den Beweisfragen 14 bis 17 im Rahmen der Beweiserhebung über die Frage der Sicherung des Lebensunterhalts durch die Regelleistung gemäß §§ 20, 28 SGB II sowie weitere Wirkungen des SGB II, S. 6ff, Anlage Nr. 21.

Bedarfsrubrik	80%	70%	60%
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	106,42 €	93,12 €	79,82 €
Bekleidung, Schuhe	28,62 €	25,05 €	21,47 €
Strom, Reparatur und Instandhaltung der Wohnung	20,47 €	17,91 €	15,35 €
Möbel und andere Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgeräte, Instandhaltungskosten	20,62 €	18,05 €	15,47 €
Medikamente	10,54 €	9,22 €	7,90 €
Verkehrsdienstleistungen, Fahrräder	13,13 €	11,49 €	9,85 €
Telefongeräte einschließlich Reparatur, Modem für Internet, Telefon-, Internetgebühren	25,37 €	22,20 €	19,03 €
Zeitungen, Bücher, Schreibwaren, Spielzeug, Besuch von Sport- und Freizeitveranstaltungen, Rundfunk- und Fernsehgeräte, PC	32,74 €	28,64 €	24,55 €
Gaststättenbesuche	6,89 €	6,03 €	5,17 €
Dienstleistungen für Körperpflege, z.B. Frisör, Körperpflegeartikel, Finanzdienstleistungen, insbesondere Kontoführungsggebühren	22,39 €	19,59 €	16,79 €
Gesamt	287,19 €	251,30 €	215,40 €

Tabelle 3.1: Regelleistungsinhalte ab 01.07.2009

Quelle: Schwabe, Bernd-Günter, Regelleistungen im SGB II und Regelsätze im SGB XII ab 1.7.2009, in: Familie, Partnerschaft und Recht, 2009, S. 461, eigene Darstellung

3.4 Entwicklung der Regelleistung

Mit Einführung des SGB II wurde die Regelleistung nach der neuen RSV, die zum 01.01.2005 in Kraft trat, festgelegt. Der Unterschied zu den bisherigen Sätzen in der Sozialhilfe war, dass bis auf drei Ausnahmen alle einmaligen Leistungen pauschal in die Regelleistung integriert wurden. Die monatliche

Eckregelleistung betrug im Westen von Deutschland 345 €, im Osten 331 €. ¹ Mit Vorlage der Ergebnisse der EVS 2003 war der Verordnungsgeber gesetzlich verpflichtet, die Regelsatzbemessung zu überprüfen und gegebenenfalls fortzuentwickeln. Der Gesetzgeber entschied sich zu einer Weiterentwicklung. Diese basierte erstmalig auf einer gesamtdeutschen Verbrauchsstruktur. ² Es wurde als nicht mehr sachgerecht angesehen, an unterschiedlichen Regelleistungen für Ost- und Westdeutschland festzuhalten. Es ergab sich ab 01.07.2006 eine einheitliche Regelleistung von 345 € für Gesamtdeutschland. Die Ost-West-Differenzierung entfiel erstmals nach sechzehn Jahren Wiedervereinigung. ³ Bis 2006 erhielt der Haushaltsvorstand 100% der Eckregelleistung, Partner 80%. Seit 2007 erhalten beide 90%. ⁴

Liegen keine Ergebnisse einer neuen EVS vor, wird die Regelleistung entsprechend der Entwicklung des Rentenwertes angepasst. Seit 2003 entwickelte sich der Rentenwert allerdings kaum weiter und verblieb im Wesentlichen auf dem Niveau von Mitte 2003.

Die Bundesregierung hat den Rentenwert erstmals zum 01.07.2007 um 0,54% erhöht. Die Eckregelleistung erhöhte sich für Gesamtdeutschland von 345 € um 2 € auf 347 €. Die Regelleistung hat sich also für Westdeutschland seit ihrer Einführung im Grunde nicht verändert, sondern wurde nur an den Rentenwert angepasst. ⁵

Zum 01.07.2008 wurden die Regelleistungen aufgrund der Rentenentwicklung um 1,1% auf 351 € erhöht. ⁶

Seit 01.07.2009 gelten neue Regelleistungen. Die Eckregelleistung für Erwachsene wurde auf 359 € angehoben. Außerdem wurde eine dritte Altersstufe eingeführt für Haushaltsangehörige von sechs bis dreizehn Jahre.

¹Vgl. Martens, Rudolf, Hartz-IV-Regelsatz und Preisentwicklung: Beispiel für einen spezifischen Preisindex zur Anpassung der Regelsätze, in: Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, 2008, S. 70f.

²Vgl. BMAS, Die Entwicklung der Regelsatzbemessung, S. 6.

³Vgl. Hannes, Miriam, § 20 SGB II Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts, Inzwischen einheitliche Regelleistung in Ost/West, Rn. 60, in: Beck-Online.

⁴Vgl. BMAS, Die Entwicklung der Regelsatzbemessung, S. 6.

⁵Vgl. Martens, Rudolf, Hartz-IV-Regelsatz und Preisentwicklung, S. 70f.

⁶Vgl. Deutscher Caritasverband, Neue Caritas Spezial, Politik, Praxis, Forschung, DCV-Vorschlag zur Bekämpfung der Kinderarmut, 2008, S. 31, Anlage Nr. 22.

Die Höhe der Regelleistung beträgt nun für Kinder bis fünf Jahre 215€, für Kinder zwischen sechs und dreizehn Jahre 251 € und für Haushaltsangehörige ab vierzehn Jahre 287 €.¹

		Alleinstehende	Kinder ab 14. Lj.		Kinder bis 14. Lj.
01.01.2005	alte Bundes- länder	100% 345 €	80% 276 €		60% 207 €
	neue Bundes- länder	331 €	265 €		199 €
01.07.2006		100% 345 €	80% 276 €		60% 207 €
01.07.2007		100% 347 €	80% 278 €		60% 208 €
01.07.2008		100% 351 €	80% 281 €		60% 211 €
				7.-14. Lj.	0.-6. Lj.
01.07.2009		100% 359 €	80% 287 €	70% 251 €	60% 215 €

Tabelle 3.2: Entwicklung der Regelleistung

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Statistisches Taschenbuch 2009, Arbeits- und Sozialstatistik, Abbildung 8.13 A, Auszug in Anlage Nr. 23, eigene Darstellung

3.5 Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder

Ob die Höhe der Regelleistung für den Bedarf von Kindern ausreicht, wird seit längerem diskutiert. Der Bundesrat hat bereits mit Beschluss vom 23.05.2008

¹Vgl. Schwabe, S. 460.

die Bundesregierung aufgefordert, die Regelleistung im Hinblick auf den kinderspezifischen Bedarf zu überprüfen.¹ Auch das Landessozialgericht (LSG) Hessen hat die Bemessung des Sozialgeldes für Kinder am 29.10.2008 als zu gering erachtet und die Frage dem BVerfG zur Prüfung vorgelegt.²

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 27.01.2009 entschieden, dass die Regelung des Sozialgeldes in mehrfacher Hinsicht gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 GG verstößt. Das BSG legt dem BVerfG einen Vorlagebeschluss zur Prüfung der Verfassungswidrigkeit der Höhe des Sozialgeldes für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lj. vor.

3.5.1 Prüfung des Bundesverfassungsgerichtes

Das BVerfG prüft die Vereinbarkeit des § 28 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 SGB II mit Art. 3 Abs. 1 i.V.m. Art. 1, 6 Abs. 2, 20 Abs. 1 GG. Grund hierfür ist, dass die Regelleistung für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lj. lediglich 60% der Regelleistung für Erwachsene vorsieht, ohne den notwendigen Bedarf von Kindern vorher ermittelt und definiert zu haben.

Des Weiteren soll die Vereinbarkeit mit Art. 3 Abs. 1 GG kontrolliert werden. Das Sozialgeld für Kinder im SGB II ist abschließend und bedarfsdeckend, während Kinder von Sozialhilfeempfängern aus dem SGB XII abweichend Bedarfe geltend machen können.

Als letzter Punkt wird die Vereinbarkeit mit Art. 3 Abs. 1 GG bezüglich der einheitlichen Festsetzung für alle Kinder bis zur Vollendung des 14. Lj. in Höhe von 60%, ohne Untergliederung in weitere Altersstufen, in Frage gestellt.³

Das BVerfG prüft in einem umfangreichen Verfahren, ob die Regelleistungen

¹Vgl. Bundesrat, Antrag des Landes Nordrhein-Westfalen, Entschließung des Bundesrates zur Berücksichtigung des kinderspezifischen Bedarfs bei der Bemessung der Regelleistung nach dem SGB II und SGB XII, S. 3, Anlage Nr. 24.

²Vgl. Landessozialgericht Hessen, Grundsicherung für Arbeitssuchende – Verfassungswidrigkeit der Höhe der Regelleistungen bzw. des Sozialgeldes für minderjährige Kinder, 29.10.2008, AZ: L 6 AS 336/07.

³Vgl. Bundessozialgericht, Vorlagebeschluss an das BVerfG – Verfassungswidrigkeit der Höhe des Sozialgeldes für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, 27.1.2009, AZ: B 14 AS 5/08 R.

für Kinder und Erwachsene im SGB II mit dem GG vereinbar sind. Das Verfassungsgericht befasst sich mit den Inhalten und Grenzen eines Grundrechts auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums. Die Bundesregierung muss sich kritischen Fragen über die Ermittlung der Regelleistung sowie der Ermittlung des Bedarfs stellen.¹

3.5.2 Existenzminimum als Grundrecht

Rechtlicher Maßstab für die Frage der Vereinbarkeit der Regelleistung mit dem GG ist die Menschenwürde in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip, Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG, deren Gewährleistung über die des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, hinaus geht.² Daraus kann eine objektiv-rechtliche staatliche Pflicht abgeleitet werden, die Bürger vor materieller Not zu schützen.

Hieraus ergibt sich wiederum ein subjektives Recht auf existenzsichernde Leistungen und staatliche Fürsorge. In der Bundesrepublik Deutschland besteht also ein Rechtsanspruch auf das Existenzminimum.³

Es gibt keine einheitliche Definition für die Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins und angesichts der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und Entwicklungen ist es kaum möglich, welche zu bestimmen.

Allerdings ist das BVerfG der Meinung, dass der Staat aus Art. 1 Abs. 1 GG verpflichtet ist, dem Bürger die Voraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins zu sichern. Es handelt sich also nicht mehr nur um eine objektive Schutzpflicht des Staates gegenüber dem Bürger, sondern um ein Leistungsrecht des Bürgers, welches sich aus dem Grundrecht der Menschenwürde ableitet.⁴

¹Vgl. Schneider, Ulrich, Alle Hartz-IV-Regelsätze „erklärungsbedürftig“ in: Tagesschau.de, 20.10.2009 Anlage Nr. 25.

²Vgl. Breitzkreuz, Tilman, Höhe der Regelleistung, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistungshöhe, 01.09.2009, in: Beck-Online.

³Vgl. Eicher, Wolfgang/Spellbrink, Wolfgang, SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende, Rn. 47.

⁴Vgl. Bieresborn, Dirk, Arbeitslosengeld II vor dem BSG: Vereinbarkeit von Regelleistung und Grundgesetz, in: Sozialrecht aktuell, 2007, S. 9, Martínez Soria, José, Das Recht auf Sicherung des Existenzminimums, in: Juristenzeitung, 2005, S. 644f.

3.5.2.1 Existenzminimum im Völker- und Europarecht

Da die Sicherung des Existenzminimums Teil des europäischen Verfassungsverbundes ist, wird sie unmittelbar durch das Europarecht, insbesondere durch die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, beeinflusst. Eine der wenigen verbindlichen Bestimmungen der Europäischen Sozialcharta ist Art. 13. Dieser bestimmt, dass jeder, der nicht über ausreichende Mittel verfügt, unterstützt wird. Ein subjektives Recht des Einzelnen kann hieraus allerdings nicht geltend gemacht werden, denn die Europäische Sozialcharta beschreibt nur allgemeine Verpflichtungen für die Staaten. Des Weiteren besitzt die Sozialcharta kein gerichtsförmig ausgestaltetes Kontrollsystem und basiert lediglich auf Staatenberichte über die Umsetzung der Charta.

Die Europäische Verfassung garantiert jeder Person, die ihren Wohnsitz in der Europäischen Union hat, einen Anspruch auf Leistungen der sozialen Sicherheit und soziale Vergünstigungen. Dieser Anspruch ist jedoch von den einzelnen staatlichen Rechtsvorschriften und dem Gemeinschaftsrecht abhängig.¹

3.5.2.2 Gestaltungsspielraum

Das Sozialstaatsprinzip des deutschen GG enthält vor allem einen Gestaltungsauftrag an den Gesetzgeber. Im Hinblick auf seine Weite und Unbestimmtheit, lässt sich daraus kein Gebot entnehmen, soziale Leistungen in einer bestimmten Höhe zu erbringen. Die Ausgestaltung der Höhe des verfassungsrechtlich geschützten Existenzminimums liegt also in erster Linie beim Gesetzgeber.²

Dieser Gestaltungsspielraum erlaubt es ihm, Bedarfe gruppenbezogen und in einem Masseverfahren zu bestimmen. Die Leistungen müssen immer das absolute Existenzminimum abdecken. Deshalb ist die Höhe des Bedarfs an den atypischen Fällen zu messen, denn deren Bedarf muss durch die Regelleistung abgedeckt werden oder es muss möglich sein, ihn mithilfe von Sonderleistungen zu decken.³

¹Vgl. Martínez Soria, S. 645f.

²Vgl. Blüggel.

³Vgl. Bieresborn, S. 94.

3.5.2.3 Schutzbereich

Das verfassungsrechtliche Existenzminimum lässt sich in das physische, vom BVerfG anerkannte, Existenzminimum und in das bisher nur in der Rechtsprechung bekannte soziokulturelle Existenzminimum einteilen.

Das physische Existenzminimum beinhaltet das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Es umfasst alles, was zum Leben notwendig ist, vor allem Nahrung, Kleidung, Wohnung und eine medizinische Notfallversorgung. Dabei bleibt es dem Staat überlassen, ob er durch Sach-, Geld- oder Dienstleistungen seinen Verpflichtungen nachkommt. Das Existenzminimum ist dann unterschritten, wenn der Mensch gezwungen ist, unter Lebensbedingungen zu existieren, die ihn zum Objekt machen. Das BVerfG betont gleichzeitig jedoch, dass nur die Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins geschützt sind.

Das soziokulturelle Existenzminimum garantiert über das physische Existenzminimum hinaus ein Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben, welches an der Lebensweise wirtschaftlich schwächer gestellter Bevölkerungsgruppen gemessen wird. Deshalb handelt es sich um eine relative und dynamische Größe, die sich durch den Wandel der Verbrauchs- und Lebensgewohnheiten ändert. Die Pflicht zur Achtung der Menschenwürde verbietet es, den Mensch als bloßes Objekt staatlichen Handelns zu sehen, weshalb auch der Hilfebedürftige nicht nur zum Objekt der staatlichen Fürsorge gemacht werden darf.¹

Die Grund- und Kinderfreibeträge in der Einkommenssteuer, das steuerlich zu verschonende Existenzminimum, richten sich nach dem im Sozialhilferecht anerkannten Mindestbedarf.²

Es gibt zahlreiche, differenzierte Entscheidungen des BVerfG zum steuerrechtlichen Existenzminimum. Die ständige Rechtsprechung des BVerfG leitet aus der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1, 6 Abs. 1, 20 Abs. 1 GG das Prinzip der Steuerfreiheit des Existenzminimums ab. Daraus ergibt sich, dass das Einkommen der Bürger bis zu dem Betrag steuerfrei ist,

¹Vgl. Martínez Soria, S. 644ff, Bieresborn, S. 94.

²Vgl. Der Paritätische Gesamtverband, S. 9.

wie sie es zur Schaffung der Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein benötigen. Für Erwachsene lässt sich aus der Menschenwürdegarantie nur das physische Existenzminimum absichern, darüber hinaus nur ein zu ermittelndes Mehr. Für Kinder leitet sich jedoch die Pflicht zur Verschonung zusätzlich aus Art. 3 Abs. 1 GG ab. Über das Überlebensnotwendig hinaus, wird hier auf einen Durchschnitt in der Bundesrepublik abgezielt.¹

Die Regelleistung im SGB II enthält neben einem Ernährungs- und Kleidungsanteil auch Leistungen, die Beziehungen zur Umwelt, sowie Teilhabe am kulturellen Leben ermöglichen. Daraus folgt, dass der Gesetzgeber das soziokulturelle Existenzminimum gesehen hat und durch die Regelleistung umfassen wollte.²

Es liegt nahe, das soziokulturelle Existenzminimum unmittelbar von den Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Lebens gem. Art. 1 Abs. 1 GG umfasst zu sehen, denn das GG zielt gerade auf eine gemeinschaftsbezogene und gemeinschaftsgebundene Person ab.³

3.5.2.4 Gerichtliche Kontrolldichte

Aus der Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 GG besteht für die Festsetzung des Existenzminimums eine gerichtliche Kontrolldichte. Es muss jedoch zwischen der Sicherung der Existenznot, dem physischen Existenzminimum, und dem soziokulturellen Existenzminimum unterschieden werden. Das Grundrecht zur Sicherung vor Existenznot legt den Umfang der sozialen Leistungen fest, um vor existenzieller Not zu sichern. Das staatliche Handeln unterliegt diesbezüglich der vollständigen gerichtlichen Kontrolldichte. Stellt der Staat keine oder nur unzureichende Leistungen zur Verfügung, hat der Bürger ein unmittelbares Recht auf Feststellung seines Anspruchs aus Art. 1 Abs. 1 GG. Das BVerfG argumentiert hierbei mit der zwingenden Aufgabe des Staates, die Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins zu sichern. Welcher

¹Vgl. Lenze, Anne, Die Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder, in Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, 2009, S. 387.

²Vgl. Bieresborn, S. 94.

³Vgl. Lenze, Die Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 388.

Träger jedoch diesen Anspruch gewährt, entzieht sich der gerichtlichen Kontrolle.

Bei dem soziokulturellen Existenzminimum sind sowohl der Umfang der Leistung als auch die Art Gegenstand einer politischen Wertung des Gesetzgebers. Die Gerichte dürfen deshalb nur in begrenztem Umfang Kontrollen durchführen. Dem Gesetzgeber steht ein Vorrecht zur Einschätzung hinsichtlich dessen zu, was derzeit zum sozialstaatlich geforderten, soziokulturellen Leben gehört. Die Gerichte beschränken sich auf die Prüfung, ob der Gesetzgeber objektive Kriterien bei der Festsetzung des Existenzminimums zugrunde gelegt hat. Hierunter fällt, ob die Regelleistungsbemessung auf ausreichenden Erfahrungswerten beruht und ob die zugrundeliegenden Wertungen vertretbar sind.¹

3.5.3 Kritikpunkte bei der Bemessung der Regelleistung für Kinder

Die überwiegende Meinung ist, dass die Regelleistung in mehrfacher Hinsicht verfassungswidrig ist und nicht ausreicht, um das soziokulturelle Existenzminimum von Kindern zu decken.

Die Höhe der Regelleistung sowie der in die Regelleistung einfließende Bedarf jeder einzelnen Abteilung der EVS werfen die Frage auf, inwieweit der Bedarf gedeckt werden kann und ob die Gütergruppen in den Abteilungen der EVS richtig ausgewählt und bewertet wurden.²

Ferner wird die Vereinbarkeit der Regelleistung mit dem GG in mehrfacher Weise angezweifelt, bspw. wird eine Ungleichbehandlung zu Kindern im SGB XII gesehen.

3.5.3.1 Schwachpunkte der EVS

Die Erwerbstätigen, die aufstockend SGB II-Leistungen erhalten, werden bei der Ermittlung der Verbrauchsausgaben durch die EVS nicht heraus genom-

¹Vgl. Martínez Soria, S. 648f.

²Vgl. Eicher/Spellbrink, Rn. 43.

men. Auch diejenigen, die ihren Sozialleistungsanspruch nicht geltend machen, sind weiterhin in der Referenzgruppe enthalten. Beide Gruppen reduzieren folglich das Haushaltseinkommen, welches der Bemessung der Regelleistung zugrundegelegt ist.

Auch kann die untere Einkommensgruppe oftmals ihren Bedarf selbst nicht decken, was sich in der hohen Überschuldung dieser Gruppe zeigt.

Ergebnisse der Armutsforschung belegen, dass Familien im unteren Einkommensbereich selbst Ausgrenzungen unterliegen und an Nahrung, Kleidung und Schulmaterial sparen müssen. Die Kinder dieser Gruppe gehen erst spät oder überhaupt nicht in den Kindergarten, werden seltener nachschulisch betreut, üben weniger Sport aus und nehmen keinen Musikunterricht. Wenn sich die Höhe der Regelleistung an einer bereits ausgegrenzten Gruppe orientiert, kann der Bedarf nicht realistisch ermittelt werden.

Berechnungen ergaben, dass das Einkommen der unteren 20% der deutschen Bevölkerung einen Betrag bis zu 2.499 DM hätte ergeben müssen. Stattdessen wurden bei der Ermittlung der Regelleistung Haushalte mit einem Nettoeinkommen von unter 1.800 DM zugrundegelegt. Somit besteht der Verdacht, dass bereits bei der Ermittlung der Eckregelleistung für Erwachsene von falschen Werten ausgegangen wurde.¹

3.5.3.2 Verstoß gegen den Gleichheitssatz

Die Orientierung des Bedarfs der Kinder an Einkommen und Verbrauch von Ein-Personen-Haushalten verstößt gegen Art. 6 Abs. 1 GG, wonach die Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung stehen.

Aus Art. 6 Abs. 1 GG lässt sich ein besonderer Gleichheitssatz ableiten. Die Ehe und Familien dürfen gegenüber anderen Lebensgemeinschaften nicht schlechter gestellt werden, insbesondere Ehegatten gegenüber Ledigen und Eltern gegenüber Kinderlosen. Genau dies ist jedoch der Fall, wenn sich der Maßstab bei der Festsetzung der Höhe der Regelleistung an den Verbrauchsausgaben von Ein-Personen-Haushalten orientiert und der besondere Bedarf von Kindern

¹Vgl. Lenz, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 35f.

nicht ermittelt wird. So können sich Alleinstehende mehr leisten als Eltern. Das überzeugt, denn es liegt aus Sicht der Kinder ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz vor. Sie werden gleich behandelt wie Erwachsene und nicht ihrer Eigenart entsprechend verschieden.¹

3.5.3.3 Unterschiedliches Ausgabeverhalten von Alleinstehenden und Familien

Alleinstehende sind oft Studenten und Rentner, deren Verbrauchsverhalten keine realitätsgerechte Aussage über den Bedarf von Familien mit Kindern zulässt. Bisher lässt sich durch keine empirische Untersuchung belegen, dass das Ausgabeverhalten von Ein-Personen-Haushalten auf Familien übertragbar ist. Die Regelleistungen für Kinder werden jedoch davon abgeleitet.

Die größte Diskrepanz ergibt sich im Bereich Verkehr und Bildung. Alleinstehende wohnen oft in Ballungsgebieten, während Familien vermehrt in ländlichen Gegenden leben. Auch ärmere Familien besitzen wegen des höheren Mobilitätsbedarfs durch die Kinder ein Auto. Allerdings sind diese Kosten nicht von der Regelleistung erfasst, so dass die Ausgaben zu Lasten anderer Teile der Grundsicherung fallen. Der regelleistungsrelevante Anteil für die Nutzung von Verkehrsdienstleistungen und Fahrrädern ergibt sich aus den durchschnittlichen Ausgaben für den öffentlichen Personennahverkehr. Da die Referenzhaushalte nicht ausschließlich öffentliche Verkehrsmittel benutzen, sondern oftmals ihr eigenes Auto, werden die Ausgaben für fremde Verkehrsdienstleistungen erheblich gesenkt.

Werden die Ausgaben für ein Auto als nicht regelleistungsrelevant eingestuft, müssten in die Regelleistung zumindest die Aufwendungen eingehen, die dem Durchschnitt der Haushalte entsprechen, die ausschließlich öffentliche Verkehrsmittel nutzen.

Eine mögliche Alternative wäre zum einen die freie Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs für Leistungsempfänger. Dies würde zu einer Bereinigung

¹Vgl. Lenze, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 37.

des Warenkorbs führen und eine zielgenaue Bedarfsdeckung sicherstellen.¹

Eine weitere Alternative wäre die Aufnahme der durchschnittlichen Kosten einer Netzkarte für den öffentlichen Nahverkehr in die Regelleistung.²

Der Bereich Bildungswesen ist nicht regelleistungsrelevant, denn die volljährigen Arbeitssuchenden haben das Schulsystem bereits absolviert und profitieren für weitere Qualifizierungen von den Maßnahmen, die das SGB II veranlasst. Auf Kinder trifft dies nicht zu. Folge ist, dass notwendige Aufwendungen für besondere Lernmittel nicht getragen werden können, obwohl gerade der Bildungsbereich einen erheblichen Teil der Ausgrenzung ausmacht.³ Eine Ausnahme besteht seit 01.08.2009 durch die Einführung des § 24 a SGB II, der es ermöglicht, Aufwendungen für Schulbücher in Höhe von 100€ geltend zu machen.⁴

Auch im Bereich Kleidung ergeben sich Benachteiligungen für Kinder im Vergleich zu Erwachsenen. Befinden sich Kinder in der Wachstumsphase, ist eine komplette Neuausstattung von Kleidern und Schuhen nötig. Erwachsene hingegen können ihre jahrelang benutzen.⁵ Einmalleistungen kommen jedoch nur in Ausnahmefällen in Betracht, wenn es sich um eine Erstausrüstung handelt.⁶

3.5.3.4 Nichtberücksichtigter kinderspezifischer Bedarf

Die derzeitige Berechnungsmethode der Regelleistungen für Kinder berücksichtigt keine kinderspezifischen Bedarfe.⁷ Bei der Bemessung bleibt unberücksichtigt, dass Kinder spezifische Bedarfe wie Bildung, Spielzeug und Kinderbetreuung haben. Die Regelleistungen für Kinder orientieren sich am Bedarf

¹Vgl. Der Paritätische Gesamtverband, S. IX.

²Vgl. Deutscher Caritasverband, S. 33.

³Vgl. Lenze, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 38.

⁴Vgl. Landessozialgericht Mainz, Aufwendungen für Schulbücher, 25.11.2008, AZ: L 3 AS 76/07.

⁵Vgl. Lenze, Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 37.

⁶Vgl. Sozialgericht Würzburg, Arbeitslosengeld II-Sonderbedarf-Erstausrüstung für Kinderbekleidung-vorhersehbarer Bedarf der Kinder durch Wachstum-Ansparung aus der Regelleistung bzw. dem Sozialgeld des Kindes, 19.10.2006. AZ: S 9 AS 169/06.

⁷Vgl. Martens, Rudolf, Was arme Kinder brauchen... Bestimmung von bedarfsgerechten Kinderregelsätzen, in: Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, 2008, S. 341.

eines alleinstehenden Erwachsenen und nicht am Ausgabeverhalten von Familien. Die Abschläge, die bei der Bemessung für Erwachsene vorgenommen werden, können nicht ohne weiteres auf Kinder übertragen werden, denn deren Bedürfnisse unterscheiden sich deutlich.

Derzeit sieht die Bundesregierung 0,66 € im Monat für Spielsachen vor. Die tatsächlichen Ausgaben belaufen sich jedoch bei 0- bis 6-Jährigen auf 18,51 €, bei 6- bis unter 14-Jährigen auf 20,78 €. Windeln werden überhaupt nicht berücksichtigt. Dafür werden 11,16 € monatlich für Alkohol und Tabak gewährt. Auch Kosten für außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern fallen in diese Abteilung, sind von der Bundesregierung jedoch nicht vorgesehen.

Die Position Bücher ist aus Sicht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für Klein- und Vorschulkinder von enormer Bedeutung, um deren Wortschatz, Grammatik und Satzbau zu verbessern. Es werden Mal- und Vorlesebücher benötigt. Daher sollte diese Verbrauchsposition zumindest für Kinder bis zum 6. Lj. angehoben werden.¹ Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert eine gezielte Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund über ein Bildungsprogramm, welches unter anderem eine gezielte Sprachförderung vorsieht.²

3.5.3.5 Ungleichbehandlung zu Kindern im SGB XII-Bezug

Es besteht der Verdacht einer verfassungswidrigen Ungleichbehandlung der Kinder, die Sozialgeld erhalten, zu Kindern, die Sozialhilfe nach dem SGB XII beziehen. Im SGB XII können abweichende Bedarfe geltend gemacht werden, im SGB II hingegen nicht. Die Sozialhilfe unterliegt dem Individualisierungsgrundsatz, der durch § 28 Abs. 1 SGB XII ermöglicht, im Einzelfall den individuellen Bedarf abweichend festzulegen, wie z.B. bei besonderer schulischer Betroffenheit. Im SGB II wurde der Individualisierungsgrundsatz nicht übernommen.³

¹Vgl. Der Paritätische Gesamtverband, S. VIIff, Martens, Was arme Kinder brauchen, S. 340.

²Vgl. Deutsches Kinderhilfswerk, Forderungskatalog.

³Vgl. Lenze, Die Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 390.

Teile der Literatur sehen dies insofern gerechtfertigt, da das SGB II das Ziel hat, dass jeder erwerbsfähige Hilfebedürftige eine zumutbare Arbeit annehmen muss.

Zwischen Kindern von Sozialhilfeempfängern und Kindern von Alg II-Empfängern sind jedoch keinerlei Unterschiede zu sehen, denn beiden ist es nicht möglich, durch Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ihren eigenen Lebensstandard zu verbessern. Des Weiteren kann die Ungleichbehandlung nicht dadurch gerechtfertigt werden, dass es Eltern von Kindern im SGB II-Bezug grundsätzlich möglich ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Denn jedes Kind kann aus Art. 1 i.V.m. Art. 6 Abs. 2 und Art. 20 GG einen Rechtsanspruch auf Deckung des Existenzminimums, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit der Eltern, geltend machen.¹

Es liegt nahe, zumindest bei Kindern, deren Eltern keine realistische Chance auf eine Erwerbstätigkeit haben, eine Schlechterstellung zu Kindern im SGB XII zu sehen. Kinder können wegen der Abschottung des SGB II gegen Sonderbedarfe nicht ihren Bedarf decken. Dies führt zu einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung von Kindern erwerbsunfähiger Eltern im SGB XII gegenüber Kindern erwerbsfähiger Eltern im SGB II.²

3.5.3.6 Keine altersspezifische Differenzierung

Der Gesetzgeber war zu einer eigenständigen, realitätsgerechten Bedarfsermittlung durch ein empirisch begründetes Bedarfskonzept für Kinder unter vierzehn Jahre verpflichtet. Eine entsprechende Ermittlung und Festlegung des Bedarfs hat im Rahmen des § 20 SGB II für Erwachsene stattgefunden. Die Regelleistung für Kinder wurde jedoch nur unter einem Abschlag von 40% von der Regelleistung eines Alleinstehenden pauschal und ohne Begründung festgesetzt.³ Somit wurde der Maßstab bei der Festlegung des soziokulturellen Existenzminimums für Kinder nicht berücksichtigt. Insofern liegt ein Verstoß

¹Vgl. Blüggel.

²Vgl. Lenz, Die Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 390.

³Vgl. Bundessozialgericht, AZ: B 14 AS 5/08 R.

gegen Art. 3 Abs. 1 GG vor.¹

Der Verweis auf die statistische Untersuchung aus dem Jahre 2003, bei der 14-Jährige und Ältere um etwa ein Drittel höhere Kosten verursachen als jüngere Kinder, ist nicht gerechtfertigt, denn die Altersklassen der Untersuchung sind nicht in 0- bis 13- und 14- bis 17-Jährige unterteilt, sondern in 0- bis 6-, 6- bis 12- und 12- bis 18-Jährige. Der Gesetzgeber hält sich also nicht an die von ihm in der Gesetzesbegründung zitierte Auswertung des Statistischen Bundesamtes.²

Im früheren Bundessozialhilfegesetz (BSHG) wurde unterschieden zwischen Kindern unter sieben Jahren, zwischen sieben und dreizehn Jahren, zwischen vierzehn und siebzehn Jahren und jungen Erwachsenen ab achtzehn Jahren. Mit Einführung des Sozialgeldes im SGB II wurde nur noch in unter und über 14-Jährige unterteilt. Dies wird mit der international anerkannten wissenschaftlichen OECD-Skala begründet. Dies überzeugt aber bei der Begründung für die Wahl der Altersstufen nicht, denn die Bemessung der Regelleistung für Kinder muss sich an die tatsächlichen Ausgaben, abhängig vom Alter der Kinder, richten.³

Zum 01.07.2009 wurde dem Kritikpunkt der fehlenden Altersstufe Rechnung getragen, indem eine neue Altersstufe für Kinder ab Beginn des 7. bis zum 14. Lj. eingeführt wurde.

3.5.3.7 Nicht gedeckter Betreuungs- und Erziehungsbedarf

Das BVerfG hat eine Dreiteilung des steuerlich freizustellenden Existenzminimums entworfen. Neben dem sächlichen Existenzminimum in Höhe des durchschnittlichen Sozialhilfesatzes wird außerdem ein allgemeiner Betreuungsbedarf und ein Erziehungsbedarf anerkannt.

Da Eltern im Vergleich zu kinderlosen Steuerpflichtigen wegen ihrer Betreuungspflicht eingeschränkt steuerlich leistungsfähig sind, sind sie in diesem Bereich von der Besteuerung befreit.

¹Vgl. Deutscher Caritasverband, S. 31.

²Vgl. Blüggel.

³Vgl. Deutscher Caritasverband, S. 30f.

Der Erziehungsbedarf umfasst Aufwendungen, die für die persönliche Entfaltung des Kindes, seiner Entwicklung zur Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit, benötigt werden, z.B. die Mitgliedschaft in einem Verein.

Der allgemeine Betreuungsbedarf ist das kindliche Bedürfnis nach Unterstützung sowie die Anleitung und Vermittlung praktischer und kultureller Erfahrungen. Es ist also das Bedürfnis der Kinder nach verlässlicher Bindung und fördernden Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen, sowohl in der Familien als auch außerhalb in Institutionen.

Seit Januar 2010 beträgt der jährliche Kinderfreibetrag 7.008 €.¹ Der Staat verzichtet zugunsten einkommensstarker Eltern, die zurzeit noch bevorzugt Ganztagesbetreuungen wahrnehmen, auf Steuereinnahmen. Er sieht allerdings keinen Betrag in der Regelleistung für Kinder vor, der vom festgestellten Betreuungs- und Erziehungsbedarf umfasst wird. Der verfassungsgerichtlich festgestellte Betreuungs- und Erziehungsbedarf bei Kindern im Grundsicherungsbezug bleibt vollständig ungedeckt.

Der Staat ist gem. Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG verpflichtet, die Eltern bei der Existenzsicherung der Kinder zu unterstützen, wenn sie finanziell nicht selbst in der Lage dazu sind. Diese Einstehenspflicht des Staates muss jedoch den gesamten Bedarf umfassen, also auch den Erziehungs- und Betreuungsbedarf.²

3.5.3.8 Keine Erstattung einmaliger Leistungen

Einmalige Leistungen werden nur bei Erstaussstattungen für Wohnungen, Erstaussstattungen für Bekleidung, einschließlich bei Schwangerschaft, und mehrtägigen Klassenfahrten gewährt. Ansonsten sind nur solche Leistungen pauschalierungsfähig, die regelmäßig wiederkehren und als typisch angesehen werden. Deshalb gehören Nachhilfeunterricht, Anschaffung von Sportartikeln oder auch der Kauf eines Fernsehgeräts nicht in die Pauschale für die Ausgaben des täglichen Bedarfs. Hierbei handelt es sich entweder um einmalige und unregelmäßige Bedarfe oder sie werden nur von einem kleinen Teil der Kinder benötigt.

¹Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Familien werden ab 2010 stärker entlastet, 18.12.2010, Anlage Nr. 26.

²Vgl. Lenze, Die Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder, S. 45ff.

Bisher wurden monatliche Kleinbeträge wie z.B. 0,68 € für den Kauf von Fahrrädern oder 2,44 € für die Anschaffung eines neuen Fernsehgeräts gewährt. Bei gegebenem Leistungsniveau kann nicht erwartet werden, dass für derartige Anschaffungen irgendwelche Ansparungen getätigt werden. Daher sollten einmalige und atypische Leistungsansprüche unabhängig vom laufenden Bedarf wieder eingeführt werden. Es würden sich eine ganze Reihe von Positionen verlagern und neue, bereinigte Regelleistungen ergeben.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat sämtliche Ausgabepositionen, die im Grunde nicht in die Pauschale gehören, heraus gerechnet. Für unter 6-Jährige könnten 254 €, für 6- bis unter 14-Jährige 297 € und für ab 14-Jährige 321 € ausreichen.¹

3.5.3.9 Jährliche Anpassung

Da die Auswertung der EVS zwei Jahre dauert, stammen die Preise der regelleistungsrelevanten Güter immer mindestens von vor zwei Jahren und sind somit nicht an die aktuellen Preissteigerungen angepasst. Dies führt zu einem mangelnden Inflationsausgleich und zu einer Bedarfsunterdeckung. Der Deutsche Caritas Verband fordert einen geringeren Abstand zwischen den EVS-Erhebungen, z.B. jedes 3. anstatt jedes 5. Jahr wie bisher.

Die Eckregelleistung wird zwar jeweils zum 1. Juli eines Jahres an den Rentenwert angepasst, diese Fortschreibung ist jedoch sozialpolitisch problematisch. Der Rentenwert hat sich weder 2004 noch 2005 und 2006 verändert. Die Inflationsrate betrug jedoch im Jahr 2004 1,5%, im Jahr 2005 1,6% und im Jahr 2006 2,3%. Diese Preissteigerungen wurden nicht durch die Anpassung der Eckregelleistung an den Rentenwert aufgefangen.²

Ab 2007 hat es eine rasante Preisbewegung nach oben gegeben, vor allem in Bereichen wie Nahrungsmittel und Verkehr. Die Regelleistung für Erwachsene wurde aber nur um die Entwicklung des Rentenwerts von 0,54% um 2 € auf 347 € erhöht.

¹Vgl. Der Paritätische Gesamtverband, S. VIII.

²Vgl. Deutscher Caritasverband, S. 31f.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband fordert aus diesem Grunde die Anpassung der Regelleistungen anhand der Preisentwicklung. Allerdings kann dies nicht einfach mit Hilfe des amtlichen Preisindex¹ geschehen, denn dort werden Waren und Dienstleistungen anders gewichtet als bei der Regelleistungsberechnung. Vielmehr ist es notwendig, einen regelleistungsspezifischen Preisindex anhand amtlicher Preisindizes einzelner Produktgruppen zu entwickeln, der der Zusammensetzung der Regelleistung entspricht.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat die Kinderregelleistungen entsprechend den Preisbewegungen bis Juli 2008 hochgerechnet. Die Ergebnisse weichen deutlich von der Höhe der Kinderregelleistungen ab, obwohl die Preiserhöhungen im Jahr 2009 noch nicht mit eingerechnet wurden.²

	Tatsächliche Höhe	Vorschlag des Paritätischen Wohlfahrtsverband
Kinder vom 0.-6. Lj.	215 €	276 €
Kinder vom 7.-14. Lj.	251 €	332 €
Jugendliche ab 14. Lj.	287 €	358 €

Tabelle 3.3: Forderung Paritätischer Wohlfahrtsverband

Quelle: Der Paritätische Gesamtverband, Expertise: Was Kinder brauchen... Für eine offene Diskussion über das Existenzminimum für Kinder nach dem Statistikmodell gemäß § 28 SGB XII (Sozialhilfe), S. 37, eigene Darstellung

3.6 Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung

Das BMAS hat das statistische Bundesamt beauftragt, zu prüfen, ob auf Basis der EVS 2003 spezielle Kinderregelleistungen ermittelt werden können. Eine Verteilung der Verbrauchsausgaben auf Erwachsene und Kinder ist nur mit Hilfe einer umfangreichen Berechnung möglich.

¹Der Preisindex macht eine Aussage über die Höhe der Inflation bzw. Deflation. Hierzu wird ermittelt, wie sich die Preise der Güter eines Warenkorbes im Durchschnitt über die Zeit geändert haben.

²Vgl. Der Paritätische Gesamtverband, S. 29ff.

Um den regelleistungsrelevanten Verbrauch für ein Kind zu bestimmen, erfolgte die Sonderauswertung für Paare mit einem Kind. Die Berechnung wurde für verschiedene Altersstufen der Kinder durchgeführt. Das Ergebnis der Sonderauswertung bestätigt im Grunde die bis 30.06.2009 geltende Höhe der Regelleistung für Kinder. Das BMAS erklärte bei der Verhandlung im Rahmen der verfassungsrechtlichen Prüfung der Kinderregelleistungen im SGB II, dass die Bundesregierung die Regelleistungen für Erwachsene und Kinder als ausreichend betrachtet.¹

3.6.1 Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers

Da sich Bedarfe nicht ausschließlich mathematisch berechnen lassen, bedarf es einer Wertentscheidung, insbesondere bei Kinderbedarfen. Daher unterliegt die Entscheidung des Gesetzgebers, welche Konsumausgaben regelleistungsrelevant sind und zu welchem Teil sie in die Regelleistung einfließen, einer Wertentscheidung, die im Rahmen des Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers getroffen wird.

Eine weitere Grundentscheidung hat der Gesetzgeber bei der Frage der Methode zur Ermittlung der Regelleistungen für Kinder zu treffen. Die Verbrauchsausgaben eines Erwachsenen lassen sich relativ leicht ermitteln. Bei Kindern gestaltet sich dies schwieriger, denn sie leben nicht alleine und führen kein eigenes Haushaltsbuch. Der Gesetzgeber entschied sich, die Verbrauchsausgaben von Ein-Personen-Haushalten durch das Statistikmodell auf Basis der EVS zu ermitteln. Die Familienausgaben lassen sich jedoch nicht in allen Fällen den Kindern zuordnen und auch das Teilen durch die Anzahl der Personen ist nicht realitätsgerecht, da Kinder in manchen Bereichen einen niedrigeren Verbrauch haben als Erwachsene, z.B. bei Nahrungsmitteln.

Trotzdem räumt das BMAS ein, dass der Bedarf eines Kindes über die Verbrauchsausgaben neu zu ermitteln ist, indem der familiäre Zusammenhang,

¹Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht, 20.10.2009, Anlage Nr. 27.

indem das Kind lebt, berücksichtigt wird.¹

3.6.2 Auswahl der geeignetsten Methode

Zur Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung wird weiterhin argumentiert, dass verschiedene wissenschaftliche Methoden zur Bedarfsermittlung untersucht wurden und wegen ihrer Schwächen wieder verworfen worden sind.

Bei der Differenzmethode werden Haushaltsausgaben von Familien mit und ohne Kinder verglichen. Die Differenz müsste den Kinderbedarf darstellen. Diese Methode hat jedoch eine entscheidende Schwäche. Eltern mit geringem Einkommen schränken ihren Bedarf zugunsten ihrer Kinder ein. Folge wäre, dass ein zu geringer Kinderbedarf ermittelt werden würde. Aus diesem Grund hält die Bundesregierung die Differenzmethode als ungeeignet.

Die Erkenntnis, dass die Verbrauchsausgaben eines Kindes von der Größe der Familie und der Zahl der Kinder abhängt, wurde bei der Festsetzung der Regelleistung nicht berücksichtigt. Bei Familien mit geringem Einkommen werden bestimmte Gegenstände an das zweit- und drittgeborene Kind weitergereicht. Der Gesetzgeber hätte daher den Bedarf von Zweit- und Drittgeborenen geringer festsetzen können als den Bedarf eines erstgeborenen Kindes. Anknüpfend an die frühere Sozialhilfe entschied er sich jedoch, bei den Kindern lediglich nach Altersgruppen zu unterscheiden.

Durch die Einführung der dritten Altersstufe zum 01.07.2009 wurde die Methodik der Kinderbedarfsermittlung fortentwickelt. Der Kinderregelbedarf wird derzeit weiterhin prozentual vom Bedarf eines Alleinstehenden abgeleitet, in Wirklichkeit handelt es sich jedoch um die Ermittlung eines kinderspezifischen Regelbedarfes.²

¹Vgl. BMAS, Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht.

²Vgl. BMAS, Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht.

3.6.3 Berücksichtigung geänderter Lebensgewohnheiten

Das Fürsorgesystem muss zukunftsorientiert ausgestaltet sein. Zur Grundentscheidung bei der Festlegung von Bedarfen gehört auch die Frage, inwieweit geänderte Wertvorstellungen in der Gesellschaft bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt werden sollen. Bis vor einigen Jahren wurde diskutiert, ob zu den angemessenen Lebensverhältnissen eines Hilfebedürftigen ein Schwarz-Weiß- oder ein Farbfernsehgerät gehört. Heute stellt sich die Frage bei Mobiltelefonen, morgen bei energieeffizienten Elektrogeräten.

Will die Gesellschaft diejenigen, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, an veränderten Lebensgewohnheiten der Mehrheit der Bevölkerung teilhaben lassen, muss sie die einmal getroffenen Wertentscheidungen regelmäßig überprüfen.

Das Statistikmodell orientiert sich an den Verbrauchsgewohnheiten und am Verbrauchsniveau von Geringverdienern, die nicht hilfebedürftig sind. In diesen Verbrauchsausgaben sind geänderte Lebensgewohnheiten und Wohlstandsveränderungen unmittelbar enthalten. So haben der Gesetzgeber und die Bundesregierung die Möglichkeit, geänderte Lebensgewohnheiten bei der Bedarfsermittlung zu berücksichtigen.¹

3.6.4 Geteilte Aufgabenwahrnehmung von Bund, Länder und Kommunen

Die Gewährleistung des Existenzminimums ist nicht ausschließlich Aufgabe des Bundes, sondern auch der Länder und Kommunen, denn das GG verpflichtet alle Staatsgewalt, die Grundrechte zu achten. Der Verfassungsauftrag, allen Bürgern in Deutschland ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen und eine Teilhabechance zu eröffnen, richtet sich damit gleichermaßen an den Bund, sowie an die Länder und Kommunen.

Das Leistungsrecht der GfA baut auf Leistungen auf, die bereits in anderen

¹Vgl. BMAS, Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht.

Systemen der sozialen Sicherung geregelt sind oder dort geregelt werden müssten, z.B. erbringen Kommunen Leistungen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe, an denen sich auch die Länder beteiligen. Ländern steht die Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Bildung zu, durch die eine angemessene Teilhabe am Leben der Gesellschaft erst ermöglicht wird. Der Bund sorgt dafür, dass durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung die entsprechenden Risiken abgedeckt werden. Dies macht deutlich, dass die existenzsichernde Funktion der GfA nicht isoliert vom Umfang und der Existenz von anderen Leistungen beurteilt werden kann. Sie kann nicht die Auffangnorm für nicht ausreichend geregelte soziale Sicherungssysteme sein.

Die Kommunen als Jugendhilfeträger haben ebenso wie der Grundsicherungsträger dafür zu sorgen, dass der existenzsichernde Bedarf in ihrem Bereich gesichert ist. Der Landesgesetzgeber hat sicherzustellen, dass der Schulbesuch nicht daran scheitert, weil die Eltern die Fahrtkosten zur Schule nicht tragen können.¹

3.6.5 Arbeitsvermittlung als Ziel

Bei der Diskussion über die Höhe der Regelleistung wird zudem häufig vergessen, dass durch Erzielung eines existenzsichernden Einkommens die Chance, Armut zu bekämpfen, am Größten ist. In einem Haushalt, in dem kein Elternteil erwerbstätig ist, beträgt die Armutsrisikoquote der Kinder 48%. Ist ein Elternteil vollzeitbeschäftigt, verringert sich die Quote auf 8%. Arbeiten alle im Haushalt erwerbsfähigen Personen in Vollzeit, beträgt das Risiko für Kinder, arm zu sein, nur noch 4%. Hieraus leitet sich der zweite Auftrag der GfA ab, nämlich Menschen in Arbeit zu vermitteln.²

¹Vgl. BMAS, Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht.

²Vgl. BMAS, Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht.

3.6.6 Erweiterung um eine Altersstufe

Die Ergebnisse der Sonderauswertung der EVS deuten darauf hin, dass die Verbrauchsausgaben für schulpflichtige Kinder höher sind, als für Nichtschulpflichtige. In der Altersgruppe von null bis fünf Jahre, wich der Bedarf erheblich von dem Bedarf von 6- bis 13-Jährigen ab. Bei den Kindern zwischen sechs und dreizehn Jahren lag der regelleistungsrelevante Bedarf um 33 € höher als die bis dahin geltende Höhe der Regelleistung. Bei Kindern zwischen null und fünf Jahren lag der Verbrauch um etwa 16 € und bei Kindern ab vierzehn Jahren um etwa 18 € niedriger, als die Regelleistung.

Aus diesem Grunde wurde durch das Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland, das Konjunkturpaket II, eine Übergangsregelung mit einer dritten, mittleren Altersstufe mit höherem Bedarf zum 01.07.2009 eingeführt. Kinder ab dem 7. bis zum 13. Lj. erhalten 70% der Eckregelleistung für Alleinstehende, anstatt wie bisher nur 60%. Diese zusätzliche Altersstufe ist bis 31.12.2011 befristet. Bis dahin werden anhand der Ergebnisse der EVS 2008 die Kinderregelleistungen mit einbezogen. Entgegen der Sonderauswertung wurde der Status quo für Kinder von null bis fünf Jahre und ab vierzehn Jahre beibehalten.¹

3.6.7 Höhe der sozialen Mindestsicherung

Wirtschaftswissenschaftler haben eine Neuberechnung zur Höhe der sozialen Mindestsicherung vorgenommen. Es wurde ein Warenkorb mit Unter- und Obergrenzen erstellt und den Gütern Preise zugeordnet.²

¹Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Material zur Information: Erläuterung zur Ermittlung des eigenständigen Kinderregelsatzes, S. 3ff, Anlage Nr. 28, BMAS, Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht.

²Vgl. Thießen, Friedrich/Fischer, Christian, Die Höhe der sozialen Mindestsicherung-Eine Neuberechnung „bottom up“, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 2008, S. 145, 148.

3.6.7.1 Preisermittlung

Die Preisermittlung in den einzelnen Abteilungen wurde durch Vergleiche verschiedener Billiganbieter vorgenommen.

Die Bestimmung der Obergrenze ergibt sich aus dem Verbrauch nicht sozialleistungsabhängiger Menschen. Die Untergrenze liegt dort, wo das Erreichen der Ziele der Mindestsicherung gerade noch gewährleistet ist.

Die Kostenfestsetzung im Minimumfall waren die jeweils niedrigsten Preise, im Maximumfall ein Durchschnittspreis aus Discountpreisen und Vollsortimentsläden der Stadt Chemnitz. Es würde sich jedoch nichts Grundsätzliches an der Situation ändern, würden die Preise anderer Städte verwendet, denn die Kettengeschäfte zeichnen bundesweit einheitliche Preise aus.

Die Preiserhebung wurde im Mai 2006 durchgeführt, daher wird von der Regelleistung in Höhe von 331 € für die neuen Bundesländer ausgegangen.¹

3.6.7.2 Ergebnisse

Die Differenz zwischen Minimumfall und Regelleistung beträgt 199 €. Der Minimumfall liegt also deutlich unter der damals geltenden Regelleistung.

Auch das Ergebnis des Maximumfalls liegt noch um 53 € niedriger als die damalige Höhe der Regelleistung. Dies bedeutet, dass die Regelleistung an der allerobersten Grenze dessen liegt, was mit den festgelegten Zielen vereinbar ist. Es wäre auch noch weniger als die Hälfte der Regelleistung mit den formulierten gesellschaftlichen Zielen vertretbar.

Wird dies auf die Höhe der Regelleistung für Kinder übertragen, ergibt sich für den Minimumfall ein Betrag von 79 € (60% von 132 €), im Maximumfall wären es 167 € (60% von 278 €).² Die Regelleistung betrug zu diesem Zeitpunkt 199 € (60% von 331 €). Es liegt also selbst der Maximumfall deutlich unterhalb der gewährten Regelleistung.³

¹Vgl. Thießen/Fischer, S. 156f.

²Da die Daten aus dem Jahr 2006 stammen, wird angenommen, dass die Preisänderungen ungefähr im Verhältnis zu den Regelleistungserhöhungen stehen.

³Vgl. Thießen/Fischer, S. 150ff.

Abteilung	Minimumfall	Maximumfall	Regelleistung bis zum 30.06.2006	EVS der untersten 20%
Lebensmittel, Tabak, Alkohol	68 €	104 €	132 €	138 €
Kleidung, Schuhe	17 €	31 €	34 €	38 €
Körperpflege	14 €	18 €	13 €	20 €
Verkehr	23 €	46 €	20 €	54 €
Freizeit, Unterhal- tung, Kultur	1 €	14 €	39 €	93 €
Kommunikation	2 €	46 €	22 €	34 €
Gebrauchsgegenstände	7 €	19 €	28 €	32 €
Sonstiges	0 €	0 €	30 €	67 €
Summe	132 €	278 €	331 €	476 €

Tabelle 3.4: Kosten der sozialen Mindestsicherung für Alleinstehende

Quelle: Thießen, Friedrich/Fischer, Christian, Die Höhe der sozialen Mindestsicherung-Eine Neuberechnung „bottom up“, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 2008, S. 158, eigene Darstellung

3.6.7.3 Zufriedenheit

Die Bedürfnislage von sozial schwachen Personen lässt sich messen. Hierzu wurden die Probanden geprüft, inwieweit sie mit geringen, ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, nämlich 132 €, auskommen oder ob sie auf Konsumverzicht oder Kreditaufnahme zurückgreifen müssen. Als zweiter Schritt wurde der Grad der erreichten Bedürfnisbefriedigung ermittelt.

Ergebnis der Untersuchung war, dass die Personen, die mit den Mitteln nicht ausgekommen sind, bei den Positionen Lebensmittel, Bekleidung und Verkehr Mangel empfunden haben, obwohl die dafür zur Verfügung stehenden Mittel bereits sehr nahe an der EVS Höhe lagen.

Bei Personen, die mit der Regelleistung ausgekommen sind, waren die Positionen Ernährung und Verkehr seltener in der Defizitgruppe, Positionen wie Kommunikation und Unterhaltung jedoch häufiger.

Daraus lässt sich schließen, dass hohe Geldleistungen für bestimmte Ausgabekategorien nicht verhindern, dass Menschen, die mit der Regelleistung nicht auskommen, gerade in diesen Bereichen Mängel empfinden.

Ferner lässt sich durch die Untersuchung feststellen, dass weder die Menschen, die mit den begrenzten Mitteln auskommen, noch diejenigen, die schlecht wirtschaften und mit den Mitteln nicht auskommen, frei von Unzufriedenheit und Mangelempfindungen sind.

Die Ziele der Sozialhilfe decken weder die Zufriedenheit, noch das Freisein von Mangellagen, sondern stellen lediglich sicher, dass ein gesundes Leben mit ausreichenden gesellschaftlichen Kontakten möglich ist. Nirgendwo ist festgelegt, dass damit Zufriedenheit herrschen soll.¹

3.7 Entscheidung des BVerfG

Das BVerfG hat mit Urteil vom 09.02.2010 entschieden, dass die Regelleistungen für Kinder und Erwachsene nicht dem Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG entsprechen. Der Gesetzgeber muss bis zum 31.12.2010 eine Berechnung in einem transparenten und sachgerechten Verfahren vornehmen.

Das BVerfG hat jedoch festgestellt, dass der Gesetzgeber durchaus feste Regelleistungen bestimmen durfte. Auch die Höhe der Regelleistung ist durch das Urteil nicht als offenkundig unzureichend erklärt worden. Die neue Berechnung muss sich jedoch mehr am tatsächlichen Bedarf orientieren und speziell bei den Kindern muss sie realitätsgerechter vorgenommen werden.

Es ist keine bestimmte Methode vorgeschrieben, allerdings muss das Verfahren alle existenznotwendigen Aufwendungen berücksichtigen. Die Leistungen müssen auf verlässlichen Zahlen und schlüssigen Berechnungsverfahren basieren und nicht auf Schätzungen.

Bis zur Neuregelung bleiben die bisherigen Regelleistungen gültig. Jedoch kann ab sofort ein besonderer Bedarf geltend gemacht werden, der von der Regelleis-

¹Vgl. Thießen/Fischer, S. 168ff.

tung nach §§ 20 ff. SGB II bisher nicht erfasst ist, jedoch zwingend zur Gewährleistung des menschenwürdigen Existenzminimums gedeckt werden muss.¹

3.8 Maßstab an Kinderarmut

Um die Frage beantworten zu können, ob das Sozialgeld Kinderarmut verhindert, muss der Maßstab an der Kinderarmut angelegt werden. Die Armutsgefährdungsquote im Bundesgebiet lag 2008 bei 1.652 € für ein Paar mit zwei Kindern unter vierzehn Jahren.

Ende 2008 lagen die Regelleistungen für Paare bei 316 € pro Person und für Kinder bis zum 14. Lj. bei 211 € pro Kind. Bei einer Familie mit zwei Kindern unter vierzehn Jahren, würde dies einen Regelleistungsanspruch von insgesamt 1.054 € ergeben.

Hinzurechnen muss man die Kosten für die Unterkunft und Heizung. Diese werden gem. § 22 Abs. 1 S. 1 SGB II in tatsächlicher Höhe übernommen, allerdings muss die Miete angemessen sein. Die Angemessenheit richtet sich nach dem jeweils geltenden Mietspiegel des Wohnortes. Die Richtwerte für die Bruttowarmmiete einer ca. 90.000 Einwohner Stadt in Baden-Württemberg betrug 2008 für vier Personen 551 €. Es würde sich ein Gesamtanspruch von höchstens 1.605 € ergeben. Die Armutsgefährdungsquote lag 2008 in Deutschland allerdings bei 1.652 Euro. Damit hätten Leistungsbezieher nach dem SGB II monatlich mindestens 47 € weniger zur Verfügung, als das durchschnittliche Einkommen der untersten 20% der Gesamtbevölkerung in Deutschland.²

Dies macht deutlich, dass die Regelleistungen des SGB II nicht ausreichen.

¹Vgl. Bundesverfassungsgericht, Regelleistungen nach SGB II („Hartz IV-Gesetz“) nicht verfassungsgemäß, 09.02.2010, Anlage Nr. 29.

²Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Sozialberichterstattung, Tabelle A.2 Armutsgefährdungsschwelle in € nach Haushaltstyp.

3.9 Auswirkung des SGB II auf die Lebenssituation von Kindern

Die Einführung des SGB II hat drastische Auswirkungen auf die Lebenssituation von Kindern.

Kinder aus Familien, die bis 2005 von der Arbeitslosenhilfe lebten, leben seit 2005 in Familien auf Sozialhilfeniveau. Dies sind 500.000 Minderjährige zusätzlich zu den ca. 1 Millionen Kindern in der Sozialhilfe. Die Kinderarmutsquote stieg von 6,7% auf 9,2%. Gemessen wurde an dem Sozialhilfeniveau.

Nach Ende des Arbeitslosengeldes und Eintritt in den SGB II-Bezug sind die Regelungen des SGB II zum angemessenen Wohnraum anzuwenden. Ist eine Wohnung zu teuer, muss spätestens nach sechs Monaten ein Umzug in eine günstigere Wohnung stattfinden. Der Umzug kann einen Schulwechsel bedeuten und dadurch das soziale Unterstützungsnetz der Kinder und Familien zusammenbrechen lassen.

Ferner sind Kinder direkt von den Sanktionsmechanismen des SGB II betroffen. Durch Sanktionen sinkt das Familieneinkommen unter das gesetzlich zu sichernde Existenzminimum.¹

3.10 Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben

Um zu untersuchen, wie viel Teilhabe das politisch gesetzte Existenzminimum Familien am gesellschaftlichen und kulturellen Leben ermöglicht und inwieweit Ausgrenzungen entgegengewirkt wird, werden die gesamten Konsumausgaben eines Paares mit einem Kind dem Grundsicherungsniveau gegenübergestellt.

¹Vgl. Hofmann, Tina/Struck, Norbert, Die Auswirkungen von Hartz IV auf die Kinder- und Jugendhilfe, in: Jugendhilfe 2004, S. 239.

3.10.1 Vergleich tatsächliche Konsumausgaben mit Regelleistungshöhe

Die Konsumausgaben einer Familie mit einem Kind unter sechs Jahren beliefen sich im Jahr 2007, ohne Berücksichtigung von Unterkunft- und Heizungskosten, auf 1.236 € und mit einem Kind zwischen sechs und dreizehn Jahren auf 1.347 €.

Die Regelleistungen, die seit 01.07.2009 gelten, gewähren für eine Familie mit einem Kind bis zum 6. Lj. 861 € ($2 \times 323 \text{ €} + 215 \text{ €}$) und bei einem Kind zwischen dem 7. und 14. Lj. 897 Euro ($2 \times 323 \text{ €} + 251 \text{ €}$) plus Kosten für die Unterkunft. Dies ergibt für Familien, die GfA erhalten, einen tatsächlich höheren Bedarf von 375 € bei Kindern unter sechs Jahren und 450 € bei 6- bis 13-Jährigen.

Da die Ermittlung der Konsumausgaben aus dem Jahre 2007 stammt, wurden die Preissteigerungen von 2007 bis 2009 nicht berücksichtigt. Die Differenzen wären heute noch größer.

3.10.2 Vergleich tatsächlicher regelleistungsrelevanter Konsum mit Regelleistungshöhe

Vergleicht man nur die regelleistungsrelevanten Konsumausgaben und nicht die Gesamtausgaben mit den derzeit geltenden Regelleistungen, lässt sich wiederum ein tatsächlich höherer Bedarf feststellen.

Die ermittelten Konsumausgaben betrugen für Familien mit einem Kind unter sechs Jahren 875 €, die Regelleistung 861 €. Bei einem Kind zwischen dem 7. und 14. Lj. wurden regelleistungsrelevante Konsumausgaben in Höhe von 957 € ermittelt. Die Regelleistung lag jedoch tatsächlich nur bei 897 €. Auch hier liegen die ermittelten regelleistungsrelevanten Konsumausgaben höher als die gewährten Regelleistungen. Wiederum müssten die Preissteigerungen seit 2007 berücksichtigt werden.¹

¹Vgl. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich, Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Grundsicherungsniveau, Arbeitspapiere Nr. 4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, 2007, S.2ff, Anlage Nr. 30.

Die Ergebnisse der Gegenüberstellung ergeben, dass eine große Gefahr der Ausgrenzung besteht, die sich insbesondere bei Kindern negativ auf die kognitive und soziale Entfaltung und Entwicklung auswirkt. Inwieweit diese nachteiligen Effekte eintreten, hängt auch von den Bewältigungskompetenzen der Eltern ab.

	Kinder bis zum 6. Lj.	Kinder vom 7.-14. Lj.
Regelleistungsrelevante Konsumausgaben	875 €	957 €
Regelleistungen nach dem SGB II ab 01.07.2009	861 €	897 €
Gesamte Konsumausgaben (ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung)	1.236 €	1.347 €

Tabelle 3.5: Konsumausgaben einer Familie mit einem Kind

Quelle: Johann Wolfgang Goethe-Universität, Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich, Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Grundsicherungsniveau, Arbeitspapiere Nr.4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, 2007, S. 9, eigene Darstellung

3.11 Vergleich vor und nach Einführung der GfA

Ob der Grund für den starken Anstieg der Kinderarmut der Systemwechsel von der Sozial- und Arbeitslosenhilfe zur einheitlichen GfA war, lässt sich nur durch einen direkten Vergleich der auf Sozialleistungen Angewiesenen vor und nach Inkrafttreten des Gesetzes feststellen.¹

¹Vgl. Astheimer, Sven/Schwenn, Kerstin, Hartz IV-Mythen der Jahrhundertreform, in: FAZ.net, 02.01.2010, Anlage Nr. 31.

3.11.1 Daten zur Sozialhilfe vor Inkrafttreten der GfA

Die Sozialhilfe nach dem BSHG hatte die Aufgabe, in Not geratene Bürger eine der Menschenwürde entsprechende Lebensführung zu ermöglichen. Diese wurde in Form von Hilfe zum Lebensunterhalt erbracht.

Seit 1963 ist die Zahl der Sozialhilfeempfänger deutlich angestiegen. 1982 gab es erstmals über 1 Millionen Empfänger, im Jahr 1991 wurde die 2 Millionen-Marke erreicht. 1994 ging aufgrund der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes die Bezieherzahl deutlich zurück. Bis Ende 2004 stieg die Zahl aber wieder auf 2,9 Millionen Personen an.

Kinder weisen ein überdurchschnittlich hohes Sozialhilferisiko auf. Vom Jahresende 1980 bis zum Jahresende 1990 stieg die Sozialhilfequote von Kindern und Jugendlichen unter achtzehn Jahren von 2,1% auf 5,3%. Damit lag die Sozialhilfequote von Minderjährigen nahezu doppelt so hoch wie die Gesamtquote. Nach der Wiedervereinigung stieg die Quote weiterhin konstant. Zum Jahresende 2004 betrug sie 7,5%.

Auch alleinerziehende Frauen weisen eine vergleichsweise hohe Sozialhilfebedürftigkeit auf. 2004 erhielten rund 26% aller alleinerziehenden Frauen Sozialhilfe. Mit zunehmender Kinderzahl stieg die Bezugsquote. Alleinerziehende Frauen mit drei und mehr Kindern waren mit 49% fast zur Hälfte auf Sozialhilfe angewiesen. Bei Frauen mit nur einem Kind, waren es 22%.

Einen Anspruch auf Arbeitslosenhilfe hatten Personen im Alter von fünfzehn bis 65 Jahren, die bedürftig und arbeitslos waren und keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hatten. Damit war sie eine spezielle, auf Langzeitarbeitslose zugeschnittene Sozialleistung, denn die Gewährung war grundsätzlich zeitlich unbegrenzt.

Nach 1991 stieg die Zahl stetig an, bis sie 2004 ihren Höhepunkt mit knapp 2,2 Millionen Arbeitslosenhilfeempfängern erreichte. In zehn Jahren, von 1994 bis 2004, hat sich die Arbeitslosenhilfequote mehr als verdoppelt, von 1,7% im Jahr 1994 auf 4,0% im Jahr 2004.¹

¹Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006, S. 9ff, Anlage Nr. 32.

3.11.2 Daten zum Sozialgeld nach Inkrafttreten der GfA

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 6,12 Millionen Grundsicherungsempfänger statistisch erfasst. Bis zum Jahresende 2006 ist die Zahl der Leistungsbezieher auf 7,28 Millionen angestiegen.

Im Januar 2006 waren es 1,62 Millionen Sozialgeldempfänger. Zum Jahresende waren es ca. 1,9 Millionen Kinder unter fünfzehn Jahre, die Sozialgeld erhielten. In ungefähr jeder dritten BG lebten Kinder unter fünfzehn Jahre.

Der Kinderanteil an allen Beziehern von SGB II-Leistungen lag im Bundesdurchschnitt Ende 2006 bei 26%. Es bezogen fast 17% aller in Deutschland lebenden Kinder Leistungen nach dem SGB II.

Ende 2007 bezogen 7,28 Millionen Menschen GfA. Hiervon waren 1,85 Millionen Kinder unter fünfzehn Jahre, die Sozialgeld erhielten.¹

Derzeit erhalten rund 6,5 Millionen Bürger in Deutschland GfA.²

3.11.3 Ergebnis des Vergleichs

Es lässt sich also feststellen, dass sich nach Einführung der GfA die Zahl von 2,9 Millionen Sozialhilfeempfängern und 2,2 Millionen Arbeitslosenhilfebeziehern auf 6,12 Millionen³ Grundsicherungsempfänger erhöht hat.

Die BA erklärt die starke Zunahme dadurch, dass im neuen System erstmals auch Angehörige, wie Ehepartner und Kinder, leistungsrechtlich und statistisch erfasst werden.⁴ Ein weiterer wichtiger Grund für den Anstieg ist, dass der Gang zum Leistungsträger durch die neue Reform für viele gesellschaftsfähig geworden ist.⁵

¹Vgl. Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006, S. 22ff, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2007, S. 13ff, Anlage Nr. 33.

²Vgl. Astheimer/Schwenn, 02.01.2010.

³Hierbei wurden wegen des geringen Anteils die Sozialhilfe nach dem SGB XII, die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vernachlässigt.

⁴Vgl. Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006, S. 21f.

⁵Vgl. Astheimer/Schwenn, 02.01.2010.

Im Jahr 2004 wurde die Zahl der armen Kinder in Deutschland auf 2,5 Millionen geschätzt. Es lebte also ungefähr jedes sechste Kind auf Sozialhilfeniveau.¹ Zurzeit sind in Deutschland 3 Millionen Kinder unmittelbar von Armut betroffen und zusätzlich 5 Millionen Kinder, die tatsächlich in armen Verhältnissen leben.²

Für den Anstieg der armen Kinder kann jedoch nicht allein die Einführung der GfA verantwortlich gemacht werden, da viele weitere Faktoren Armut begünstigen. Dies sieht man z.B. daran, dass seit Einführung die Zahl der Sozialleistungsempfänger weiterhin stetig steigt.

¹Vgl. Deutsche Presseagentur, Leben auf Sozialhilfeniveau, Kinderarmut hat sich seit 2004 verdoppelt in Deutschland, in: Süddeutsche.de, 27.07.2006, Anlage Nr. 34.

²Vgl. Fiedler, 10.03.2009.

4 Lösungsansätze

Um die Kinderarmut in Deutschland zu verringern, sind neben der Erhöhung der Regelleistungen für Kinder weitere Maßnahmen denkbar und unabdingbar.

4.1 Ausbau des Betreuungs- und Bildungsangebotes

Es sollten mehr kostenlose Betreuungs- und Bildungsangebote angeboten werden. Da überwiegend Alleinerziehende in Deutschland von Armut betroffen sind, besteht ein erheblicher Handlungsbedarf, um diesem Personenkreis die Ausübung eines Berufs zu ermöglichen.

Bei einer Befragung gaben 43% Alleinerziehender, die auf der Suche nach einem Arbeitsplatz waren, an, dass sie mehr Kinderbetreuung benötigten. Nur 3% hatten bei der Suche ein entsprechendes Betreuungsangebot erhalten.¹

Aber nicht nur aus Gründen der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden Ganztageskindergärten und Ganztageseschulen gebraucht, sondern auch, weil arbeitslose Eltern oft antriebslos werden und die Kinder nicht richtig fördern können.

Ganztagesbetreuung ist notwendig, damit die Kinder nachmittags in einem anregungsreichen Umfeld sind und sich weiterentwickeln können. Auch Sportvereine und Musikschulen müssen in die Ganztagesbetreuungen hineingehen, denn in diesen Bereichen sind arme Kinder ausgeschlossen, weil sich die Eltern die Beiträge nicht leisten können. Des Weiteren müssen die Kosten für

¹Vgl. Deutsche Presseagentur, Familienreport: 660.000 Alleinerziehende leben von Hartz IV, in: Spiegel Online, 16.02.2009, Anlage Nr. 35.

das Mittagessen übernommen werden, damit keine Benachteiligung stattfindet und die Kinder armer Familien zu einer gesunden, warmen Mahlzeit am Tag kommen.¹

Kleinkinder profitieren in besonderem Maße von qualitativ guten Betreuungsangeboten. Wichtig hierfür sind kleine Gruppen, eine gute Qualifikation des Betreuungspersonals und eine enge Kommunikation mit den Eltern.

Förder- und Bildungsangebote für Kinder aus benachteiligten Familien müssen ausgeweitet werden, um die Schere bei den schulischen Leistungen zu schließen.²

4.2 Ausweitung des Kinderzuschlages

Der Kinderzuschlag ist eine gezielte Förderung geringverdienender Familien mit Kindern. Die Höhe richtet sich nach dem Einkommen und Vermögen. Der monatliche Höchstbetrag pro Kind beträgt 140 €.³ Der Zuschlag ist an Eltern gerichtet, die durch ihr Arbeitseinkommen die Kinder nicht unterhalten können und daher auf Alg II und Sozialgeld angewiesen wären. Die Kinder werden durch den Kinderzuschlag gezielt aus der Armut geholt und die Eltern in ihrer Erwerbstätigkeit unterstützt.⁴

Würde der Kinderzuschlag erneut ausgeweitet und erhöht werden, wären weniger Kinder arm und sie hätten mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

¹Vgl. Scholtys, Britta, Interview mit Kinderschutzbund-Präsident Hilgers, Mehr Geld allein reicht nicht!, in Tagesschau.de, 21.09.2007, Anlage Nr. 36.

²Vgl. Unicef, Der UNICEF-Bericht zur Lage von Kindern in Deutschland, Anlage Nr. 37.

³Vgl. Deutsch Presseagentur, Gesetzentwurf: Von der Leyen will Kinderzuschlag ausweiten, in: Spiegel Online, 20.11.2009, Anlage Nr. 38.

⁴Vgl. Ohne Verfasser, Kabinettsbeschluss: Geringverdiener bekommen höheren Kinderzuschlag, in: Spiegel Online, 08.04.2008, Anlage Nr. 39.

4.3 Wiedereinführung der Einmalleistungen

Um z.B. der Problematik des Wachstums der Kinder oder der Anschaffung eines Kinderfahrrades gerecht zu werden, müssen die einmaligen Leistungen wieder eingeführt werden. Die Regelleistungen sind zwar, nachdem die Einmalleistungen weggefallen sind, leicht angestiegen und sehen einen geringfügigen Betrag für solche Aufwendungen vor, es ist aber falsch anzunehmen, dass die Eltern das Geld auch tatsächlich für die Kinder verwenden. Wird das Geld in einem Monat nicht gebraucht, wird es nicht angespart, sondern für andere Dinge ausgegeben. Damit das Geld tatsächlich bei den Kindern ankommt, müssten die einmaligen Beihilfen wieder eingeführt werden.¹

4.4 Kindergeld

Familien im SGB II-Bezug erhalten von der Familienkasse das Kindergeld ausbezahlt. Genau dieser Betrag wird ihnen dann aber als Einkommen angerechnet und abgezogen. Dies bedeutet, dass die Familien auf das Kindergeld verzichten müssen.

Eine Erhöhung des Kindergeldes hat also für Leistungsbezieher keinerlei Vorteile.² Es müssten andere Regelungen zur Anrechnung des Kindergeldes auf das Einkommen eingeführt werden, damit von den Erhöhungen bei den Hilfebedürftigen tatsächlich etwas ankommt.

4.5 Vergünstigungen für Arbeitslose

Die Gewährleistung des Existenzminimums ist nicht alleinige Aufgabe des Bundes sondern auch der Länder und Kommunen.

¹Vgl. Scholtys, 21.09.2007.

²Vgl. Ohne Verfasser, Streit um Hartz IV: Ist doch eine Erhöhung nötig?, in: Stern.de, 05.11.2009, Anlage Nr. 40.

In vielen Städten müssen Arbeitslose schon heute für Kino, Theater, Schwimmbad oder bei einigen Verkehrsbetrieben weniger bezahlen und erhalten einen sogenannten Sozialtarif. Diese Vergünstigungen auf kommunaler Ebene könnten ausgeweitet werden.¹ Dadurch könnten Kinder mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und sie wären weniger ausgegrenzt.

Allerdings ist dies nicht Aufgabe des Bundes, sondern hier sind vor allem die Kommunen gefragt.

4.6 Individuelle Hilfen

Anstatt pauschale Regelleistungen zu gewähren, könnte an eine individuelle und personenbezogene Hilfe gedacht werden. Die Leistungen müssten nicht erhöht werden, sondern könnten in Form von Beratungs- und Sachleistungen erbracht werden.

Des Weiteren könnte eine Koppelung von Transferzahlungen an Gegenleistungen in Betracht gezogen werden. Hiernach würde Transferleistungen erhalten, wer sich im Rahmen seiner Möglichkeiten der Gesellschaft zur Verfügung stellt, z.B. durch gemeinnützige Arbeit.²

¹Vgl. Ohne Verfasser, 05.11.2009.

²Vgl. Thießen/Fischer, S. 172.

5 Schlussbetrachtung

Die Kritikpunkte, auf die sich die Verfassungswidrigkeit der derzeitigen Regelleistung für Kinder stützt, sind nachvollziehbar. Es lässt sich nicht vermeiden, den Bedarf von Kindern anhand deren Konsumausgaben eigenständig zu ermitteln und die Höhe der Regelleistung daran festzusetzen.

Mit der derzeitigen Höhe der Regelleistung ist es schwierig, Benachteiligungen der Kinder zu vermeiden. Diese fangen bereits in der Schule an, gehen über in die Freizeit, in das spätere Berufsleben bis hin zur Gesundheitsvorsorge der Kinder.

Jedoch macht es wenig Sinn, als Maßnahme lediglich die Regelleistungen zu erhöhen, denn das Geld kommt nicht immer tatsächlich bei den Kindern an. Vielmehr sollten direkte Maßnahmen angestrebt und vorhandene verbessert werden.

Größtes Risiko für Kinderarmut ist die Arbeitslosigkeit der Eltern. Aufgabe der staatlichen Familienpolitik wird es daher sein, die Betreuungsangebote und Ganztageschulen deutlich zu erhöhen. So können zum einen die Erwerbsmöglichkeiten von Alleinerziehenden verbessert werden und zum anderen hilfebedürftige Kinder durch individuelle Betreuung besser gefördert werden, z.B. durch Hausaufgabenbetreuung oder Förderunterricht. Hierdurch steigen die Erfolgsaussichten einer späteren Erwerbstätigkeit und die Kinderarmut der folgenden Generation sinkt.

Dies ist auch im Hinblick auf den demographischen Wandel wichtig, denn dem Arbeitsmarkt werden in den nächsten Jahren immer weniger qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung stehen. Das vorhandene Potential muss optimal ausgeschöpft werden. Hierzu ist es auch notwendig, Kinder mit Migrationshintergrund vollständig in die Gesellschaft zu integrieren und zu fördern.

Literaturverzeichnis

- [1] Butterwegge, Christoph/Klundt, Michael/Belke-Zeng, Matthias (2008):
Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland
2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

- [2] Butterwegge, Christoph/Klundt, Michael (2003):
Kinderarmut und Generationengerechtigkeit, Familien- und Sozialpolitik im demographischen Wandel
2. Auflage, Verlag Leske + Budrich, Opladen

- [3] Chassé, Karl August/Zander, Margherita/Rasch, Konstanze (2007):
Meine Familie ist arm, Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen
3. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

- [4] Eicher, Wolfgang/Spellbrink, Wolfgang (2008):
SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende, Kommentar
1. Auflage, Verlag C.H. Beck, München

- [5] Geene, Raimund/Gold, Carola (2009):
Kinderarmut und Kindergesundheit
1. Auflage, Huber Verlag, Bern
- [6] Huster, Ernst-Ulrich/Boeckh, Jürgen/Mogge-Grotjahn, Hildegard (2008):
Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung
1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- [7] Kruse, Jürgen/Reinhard, Hans-Joachim/Winkler, Jürgen/Höfer, Sven/ Schwengers, Clarita (2009):
SGB XII Sozialhilfe, Kommentar
2. Auflage, Verlag C.H. Beck, München
- [8] Löschau, Martin/Marschner, Andreas (2007):
Reform der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)
2. Auflage, Verlag Luchterhand, Neuwied
- [9] Meyer-Timpe, Ulrike (2008):
Unsere armen Kinder, Wie Deutschland seine Zukunft verspielt
1. Auflage, Pantheon Verlag, München
- [10] Obermeier, Sebastian E. (2009):
Arbeitslosengeld II in Fragen und Antwort, Bedürftigkeit, Leistung, Rückforderung, Rechtsschutz
1. Auflage, Deutscher Taschenbuch Verlag, München

- [11] Rolfs, Christian/Giesen, Richard/Kreikebohm, Ralf/Udsching, Peter (2008):
Sozialrecht, SGB II-Grundsicherung für Arbeits-suchende, SGB III-Arbeitsförderung, SGB VIII-Kinder- und Jugendhilfe, SGB XII-Sozialhilfe, Kom-mentar
1. Auflage, Verlag C.H. Beck, München
- [12] Schirmacher, Thomas (2007):
Die neue Unterschicht, Armut in Deutschland?
1. Auflage, Hänssler Verlag, Holzgerlingen
- [13] Schniering, Daniel (2006):
Kinder- und Jugendarmut in Deutschland, Grundla-gen, Dimensionen, Auswirkungen
1. Auflage, VDM Verlag, Saarbrücken
- [14] Steck, Brigitte/Kossens, Michael (2008):
Arbeitslosengeld II, Aktuelle Rechtsprechung und Entwicklung in der Praxis
2. Auflage, Verlag C.H. Beck, München
- [15] Zander, Margherita (2005):
Kinderarmut, Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis
1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- [16] Bieresborn, Dirk (3/2007):
Arbeitslosengeld II vor dem BSG: Vereinbarkeit von Regelleistung und Grundgesetz
in: Sozialrecht aktuell, S. 88-97

- [17] Blüggel, Jens (23.07.2009):
**Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder im
Grundsicherungsrecht des SGB II**
in: juris, gesamter Artikel
- [18] Breitzkreuz, Tilman (2009):
**Höhe der Regelleistung, Verfassungsmäßigkeit der
Regelleistung, Kommentar**
in: Beck Online, gesamter Artikel
- [19] Eichhorn, Lothar (3/2008):
**In Baden-Württemberg nur jedes 11. Kind auf „Sozial-
geld“ nach SGB II angewiesen, bundesweit jedes 6.
Kind**
in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, S. 19-21
- [20] Frommann, Matthias (7/2004):
**Warum nicht 627 €? Zur Bemessung des Regelsatzes
der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII für
das Jahr 2005**
in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche
und Private Fürsorge, S. 246-253
- [21] Hannes, Miriam (2009):
**§ 20 SGB II Regelleistung zur Sicherung des Lebens-
unterhalts, Inzwischen einheitliche Regelleistung in
Ost/West**
in: Beck Online, gesamter Artikel

- [22] Hofmann, Tina/Struck, Norbert (42/2004):
Die Auswirkungen von Hartz IV auf die Kinder- und Jugendhilfe
in: Jugendhilfe, S. 237-246
- [23] Holz, Gerda (3/2008):
Kinderarmut-Eine komplexe Herausforderung für staatliches Handeln
in: Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung, S. 145-150
- [24] Kues, Hermann (469/2008):
Kampf gegen Kinderarmut, An den Ressourcen der Familien ansetzen
in: Die politische Meinung, S. 55-59
- [25] Lenze, Anne (07/2009):
Die Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder
in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, S. 387-392
Zitiert als: Lenze, Die Verfassungswidrigkeit der Regelleistung für Kinder
- [26] Lenze, Anne (58/2009):
Kinderrechte und Sozialrecht: die Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder
in: Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes, S. 29-49
Zitiert als: Verfassungsmäßigkeit der Regelleistung für Kinder

- [27] Martens Rudolf (2/2008):
Hartz-IV-Regelsatz und Preisentwicklung: Beispiel für einen spezifischen Preisindex zur Anpassung der Regelsätze
in: Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, S. 68-73
Zitiert als: Martens, Hartz-IV-Regelsatz und Preisentwicklung
- [28] Martens, Rudolf (10/2008):
Was arme Kinder brauchen... Bestimmung von bedarfsgerechten Kinderregelsätzen
in: Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, S. 340-346
Zitiert als: Martens, Was arme Kinder brauchen
- [29] Martínez Soria, José (13/2005):
Das Recht auf Sicherung des Existenzminimums
in: Juristen Zeitung, S. 644-652
- [30] Schwabe, Bernd-Günter (10/2009):
Regelleistungen im SGB II und Regelsätze im SGB XII ab 1.7.2009
in: Familie, Partnerschaft, Recht, Zeitschrift für die Anwalt-spraxis, S. 459-461
- [31] Thießen, Friedrich/Fischer, Christian (2/2008):
Die Höhe der sozialen Mindestsicherung-Eine Neuberechnung „bottom up“
in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, S. 145-173

- [32] Becker, Irene (2008):
Gutachten laut Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 11.08.2008 zu den Beweisfragen 14 bis 17 im Rahmen der Beweiserhebung über die Frage der Sicherung des Lebensunterhalts durch die Regelleistung gemäß §§ 20, 28 SGB II sowie weitere Wirkungen des SGB II
vgl. Anlage Nr. 21
Zitiert als: Becker, Gutachten laut Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 11.08.2008
- [33] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008):
Lebenslagen in Deutschland, Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung
vgl. Anlage Nr. 4
Zitiert als: BMAS, 3. Armuts- und Reichtumsbericht
- [34] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009):
Material zur Information: Die Entwicklung der Regelsatzbemessung
vgl. Anlage Nr. 17
Zitiert als: BMAS, Die Entwicklung der Regelsatzbemessung
- [35] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009):
Material zur Information: Erläuterungen zur Ermittlung des eigenständigen Kinderregelsatzes
vgl. Anlage Nr. 28

- [36] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009):
Statistisches Taschenbuch 2009, Arbeits- und Sozialstatistik
vgl. Anlage Nr. 23
- [37] Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2009):
13. Kinder- und Jugendbericht, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistung der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland
vgl. Anlage Nr. 12
Zitiert als: BMFSFJ, 13. Kinder- und Jugendbericht
- [38] Bundesrat (2008):
Antrag des Landes Nordrhein-Westfalen, Entschließung des Bundesrates zur Berücksichtigung des kinderspezifischen Bedarfs bei der Bemessung der Regelleistung nach dem SGB II und SGB XII
vgl. Anlage Nr. 24
- [39] Bundessozialgericht (27.01.2009):
Vorlagebeschluss an das BVerfG-Verfassungswidrigkeit der Höhe des Sozialgeldes für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres
AZ: B 14 AS 5/08 R
- [40] Bundesverfassungsgericht (20.12.2007):
Bildung von Arbeitsgemeinschaften
AZ: 2 BvR 2433/04, 2 BvR 2434/04

- [41] Der Paritätische Gesamtverband (2008):
Expertise: Was Kinder brauchen... Für eine offene Diskussion über das Existenzminimum für Kinder nach dem Statistikmodell gemäß § 28 SGB XII (Sozialhilfe)
vgl. Anlage Nr. 19
- [42] Deutscher Caritasverband (2008):
Neue Caritas Spezial, Politik, Praxis, Forschung: DCV-Vorschlag zur Bekämpfung der Kinderarmut
vgl. Anlage Nr. 22
- [43] Deutscher Bundestag (2003):
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS/90 DIE GRÜNEN, Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt
vgl. Anlage Nr. 16
- [44] Deutsches Kinderhilfswerk (2009):
Forderungen und Handlungsfelder des Deutschen Kinderhilfswerkes zur Bekämpfung der Kinderarmut in Deutschland
vgl. Anlage Nr. 15
Zitiert als: Deutsches Kinderhilfswerk, Forderungskatalog

- [45] Johann Wolfgang Goethe-Universität (2007):
Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich, Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Grundsicherungsniveaus, Arbeitspapier Nr.4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung
vgl. Anlage Nr. 30
- [46] Landessozialgericht Hessen (29.10.2008):
Grundsicherung für Arbeitssuchende-Verfassungswidrigkeit der Höhe der Regelleistungen bzw. des Sozialgeldes für minderjährige Kinder
AZ: L 6 AS 336/07
- [47] Landessozialgericht Mainz (25.11.2008):
Aufwendungen für Schulbücher
AZ: L 3 AS 76/07
- [48] Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (4/2008):
Ökonomische Lage von Familien
vgl. Anlage Nr. 3
- [49] Sozialgericht Würzburg (19.10.2006):
Arbeitslosengeld II-Sonderbedarf-Erstausrüstung für Kinderbekleidung-vorhersehbarer Bedarf der Kinder durch Wachstum-Ansparung aus der Regelleistung bzw. dem Sozialgeld des Kindes
AZ: S 9 AS 169/06

- [50] Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008):
Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006
vgl. Anlage Nr. 32
- [51] Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009):
Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2007
vgl. Anlage Nr. 33
- [52] Statistisches Bundesamt (2009):
**Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit
Migrationshintergrund-Ergebnisse des Mikrozensus
2007-, Fachserie 1 Reihe 2.2**
vgl. Anlage Nr. 5
Zitiert als: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 2.2
- [53] Astheimer, Sven/Schwenn Kerstin (02.01.2010):
**Arbeitsmarkt: Hartz IV-Mythen der Jahrhundertre-
form**
in: FAZ.net
[http://www.faz.net/s/RubFC06D389EE76479E9E76425072B196C3/
Doc~E3E4D273C7AD0466698810846437D5E76~ATpl~Ecommon~Scontent.
html](http://www.faz.net/s/RubFC06D389EE76479E9E76425072B196C3/Doc~E3E4D273C7AD0466698810846437D5E76~ATpl~Ecommon~Scontent.html)
Einsichtnahme: 02.01.2010
vgl. Anlage Nr. 31

- [54] Berens, Anja (23.03.2009):
Kinderarmut, Suppe für die Seele
in: Spiegel Online
<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,614540,00.html>
Einsichtnahme: 04.01.2010
vgl. Anlage Nr. 8
- [55] Botica, Menlanie (01.09.2009):
OECD-Bericht, Deutschland, armes, reiches Kinderland
in: focus.de
http://www.focus.de/schule/schule/bildungspolitik/tid-15377/oecd-bericht-deutschland-armes-reiches-kinderland_aid_431570.html
Einsichtnahme: 12.11.2009
vgl. Anlage Nr. 14
- [56] Bundesagentur für Arbeit (2008):
Statistik Arbeitslosenquote März 2008
in: Arbeitsagentur.de
<http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A011-Presse/Publication/pdf/Landkarten-Eckwerte-2008-03.pdf>
Einsichtnahme: 03.12.2009
vgl. Anlage Nr. 11

- [57] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (18.12.2009):
Familien werden ab 2010 stärker entlastet
in: bmfsfj.de
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/familie,did=133118.html>
Einsichtnahme: 22.01.2010
vgl. Anlage Nr. 26
- [58] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (20.10.2009):
Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht
in: bmas.de
<http://www.bmas.de/portal/39456/>
Einsichtnahme: 20.10.2009
vgl. Anlage Nr. 27
- [59] Bundesverfassungsgericht (09.02.2010):
Regelleistungen nach SGB II („Hartz IV-Gesetz“) nicht verfassungsgemäß
in: Bundesverfassungsgericht.de
<http://www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg10-005.html>
Einsichtnahme: 10.02.2010
vgl. Anlage Nr. 29

- [60] Caritas (2009):
Benachteiligungen von Anfang an
in: Caritas.de
<http://www.caritas.de/48007.html>
Einsichtnahme: 12.11.2009
vgl. Anlage Nr. 6
- [61] Deutsche Presseagentur (16.02.2009):
Familienreport: 660.000 Alleinerziehende leben von Hartz IV
in: Spiegel Online
<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,607845,00.html>
Einsichtnahme: 04.01.2010
vgl. Anlage Nr. 35
- [62] Deutsche Presseagentur (05.11.2009):
Gesetzentwurf: Von der Leyen will Kinderzuschlag ausweiten
in: Spiegel Online
<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,662346,00.html>
Einsichtnahme: 05.01.2010
vgl. Anlage Nr. 38

- [63] Deutsche Presseagentur (27.07.2006):
Leben auf Sozialhilfeniveau, Kinderarmut hat sich seit 2004 verdoppelt in Deutschland
in: Sueddeutsche.de
<http://www.sueddeutsche.de/politik/761/393551/text/>
Einsichtnahme: 21.12.2009
vgl. Anlage Nr. 34
- [64] Fiedler, Mark (10.03.2009):
Kinderarmut in Deutschland-Tendenz steigt
in: Politik blog
<http://politik.germanblogs.de/archive/2009/03/10/kinderarmut-in-deutschland-tendenz-steigt.htm>
Einsichtnahme: 04.01.2010
vgl. Anlage Nr. 9
- [65] Hipp, Dietmar (21.10.2009):
Hartz IV: Verfassungsrichter bringen Regierung in Erklärungsnot
in: Spiegel Online
<http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,656402,00.html>
Einsichtnahme: 21.10.2009
vgl. Anlage Nr. 20

- [66] Leytz, Wolfram (25.06.2008):
Armutsbericht der Bundesregierung, Was ist der Maßstab für Armut?
in: Tagesschau.de
<http://www.tagesschau.de/inland/armut20.html>
Einsichtnahme: 04.01.2010
vgl. Anlage Nr. 2
- [67] Ohne Verfassung (08.04.2008):
Kabinettsbeschluss: Geringverdiener bekommen höheren Kinderzuschlag
in: Spiegel Online
<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,546147,00.html>
Einsichtnahme: 04.01.2010
vgl. Anlage Nr. 39
- [68] Ohne Verfasser (05.11.2009):
Streit um Hartz IV: Ist doch eine Erhöhung nötig?
in: Stern.de
<http://www.stern.de/tv/sterntv/streit-um-hartz-iv-ist-doch-eine-erhoehung-noetig-1518860.html>
Einsichtnahme: 03.12.2009
vgl. Anlage Nr. 40

- [69] Ohne Verfasser (30.10.2009):
Streit um Hartz IV: Wie viel Geld braucht eine Familie wirklich?
in: Stern.de
<http://www.stern.de/tv/sterntv/streit-um-hartz-iv-wie-viel-geld-braucht-eine-familie-wirklich-1517058.html>
Einsichtnahme: 14.01.2010
vgl. Anlage Nr. 18
- [70] Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2007):
Ziele und Partner
in: oecd.de
http://www.oecd.org/pages/0,3417,de_34968570_35009030_1_1_1_1_1,00.html
Einsichtnahme: 11.11.2009
vgl. Anlage Nr. 13
- [71] Schneider, Ulrich (20.10.2009):
Alle Hartz-VI-Regelsätze „erklärungsbedürftig“
in: Tagesschau.de
<http://www.tagesschau.de/inland/hartziv106.html>
Einsichtnahme: 20.10.2009
vgl. Anlage Nr. 25

- [72] Scholtys, Britta (21.09.2007):
Interview mit Kinderschutzbund-Präsident Hilgers, Mehr Geld allein reicht nicht!
in: Tagesschau.de
<http://www.tagesschau.de/inland/kinderarmut8.html>
Einsichtnahme: 04.01.2010
vgl. Anlage Nr. 36
- [73] Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009):
Sozialberichterstattung, Tabelle A.2 Armutsgefährdungsschwelle in € nach Haushaltstyp
in: Amtliche-Sozialberichterstattung
<http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/Tabellen/tabelleA2.html>
Einsichtnahme: 18.11.2009
vgl. Anlage Nr. 10
- [74] Statistisches Bundesamt (05.12.2006):
Erstmals EU-weit vergleichbare Daten zu Armut
in: destatis.de
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2006/12/PD06__505__634.psm1
Einsichtnahme: 13.11.2009
vgl. Anlage Nr. 1

- [75] Unicef (2009):
**Der UNICEF-Bericht zur Lage von Kindern in
Deutschland**
in: Unicef.de
<http://www.unicef.de/5497.html>
Einsichtnahme: 29.10.2009
vgl. Anlage Nr. 37

Ehrenwörtliche Erklärung nach §36 Abs. 3 APrOVwgD

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Ort

Datum

Unterschrift

Pressemitteilung Nr.505 vom 05.12.2006**Erstmals EU-weit vergleichbare Daten zu Armut**

WIESBADEN – Das Statistische Bundesamt hat Ergebnisse aus der 2005 erstmals durchgeführten Statistik LEBEN IN EUROPA zu Armut und sozialer Ausgrenzung für Deutschland vorgestellt. Danach waren in Deutschland im Jahr 2004 13% der Bevölkerung armutsgefährdet; das sind etwa 10,6 Millionen Menschen, darunter 1,7 Millionen Kinder unter 16 Jahren. Die Armutsgefährdungsquote – das ist nach EU-Definition der Anteil der Personen, der mit weniger als 60% des mittleren Einkommens auskommen muss – liegt in den neuen Ländern (einschließlich Berlin) bei 17%, im früheren Bundesgebiet bei 12%.

„Armutsrisiken sind vor allem Arbeitslosigkeit und fehlende Bildungsabschlüsse“, so der Vizepräsident des Statistischen Bundesamtes, Walter Rademacher, bei einem Pressegespräch in Berlin. Über 40% der Arbeitslosen und jeweils ein Viertel der Personen ohne abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung sind armutsgefährdet, aber nur 5% der Erwerbstätigen. Die neue Statistik wird seit dem Jahr 2005 in allen Ländern der Europäischen Union sowie in Norwegen und Island erhoben. Sie bietet erstmals vergleichbare Daten zu Armut und Lebensbedingungen in den EU-Mitgliedstaaten. Derzeit sind allerdings noch keine Daten anderer Länder für das Erhebungsjahr 2005 verfügbar.

Zur Berechnung der Armutsgefährdungsquote wird nach dem europäischen Standard zunächst das von allen Haushaltsmitgliedern tatsächlich erzielte Haushaltseinkommen herangezogen. Dieses wird auf die Personen des Haushalts nach einem Gewichtungsschlüssel verteilt („bedarfsgewichtetes Äquivalenzeinkommen“), der berücksichtigt, dass Personen in einem Haushalt durch das Zusammenleben Einspareffekte bei den laufenden Kosten erzielen. Um das mittlere Einkommen zu ermitteln, wird der Median (Zentralwert) des Äquivalenzeinkommens verwendet (ausführliche Erläuterung im Methodenanhang).

Menschen mit Armutsgefährdung müssen im Alltag auf viele grundlegende Dinge verzichten: Mehr als die Hälfte der Armutsgefährdeten in Deutschland können es sich nach eigenen Angaben nicht leisten, eine Woche Urlaub woanders als zu Hause zu verbringen oder unerwartete Ausgaben zu bewältigen (zum Beispiel eine defekte Waschmaschine zu ersetzen). Und 14% der armutsgefährdeten Menschen leben in Haushalten, in denen aus Kostengründen im Winter an der Heizung gespart werden muss.

Armutsgefährdung behindert auch den Zugang zur Gesundheitsversorgung: Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen halten nach Selbsteinschätzung mehr als ein Fünftel der Armutsgefährdeten (und immerhin 7% der nicht Armutsgefährdeten) davon ab, einen Arzt oder Zahnarzt aufzusuchen, wenn sie krank sind. Zugleich schätzen Armutsgefährdete ihren eigenen Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein: 63% der nicht Armutsgefährdeten, aber nur 48% der Armutsgefährdeten geben an, eine gute oder sehr gute Gesundheit zu haben.

Ohne soziale Transferleistungen wie Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Wohngeld oder Kindergeld wäre fast ein Viertel (24%) der Bevölkerung armutsgefährdet. Dabei profitieren verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich von sozialen Transferleistungen: Bei Alleinerziehenden und Familien mit Kindern wird durch Sozialtransfers die Armutsgefährdungsquote jeweils fast halbiert. So sind Alleinerziehende vor Sozialtransfers zu 56% armutsgefährdet, nach Sozialtransfers „nur“ noch zu 30%.

Detaillierte Ergebnisse zu LEBEN IN EUROPA enthält die Pressebroschüre „Armut und Lebensbedingungen – Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005“, die zusammen mit umfangreichen Tabellen im Internetangebot des Statistischen Bundesamtes (<http://www.destatis.de>) unter dem Pfad „Presse – Presseveranstaltungen“ kostenlos abgerufen werden kann.

Weitere Auskünfte gibt:

Ulrike Timm,

Telefon: (0611) 75-4608,

E-Mail: ulrike.timm@destatis.de

[>>> weitere Informationen aus der Pressekonferenz](#)

Armutsgefährdungsquoten für ausgewählte Bevölkerungsgruppen 2004

	Armutsgefährdungsquote in %
Insgesamt	13

Früheres Bundesgebiet	12
Neue Länder (einschl. Berlin)	17
Personen in Haushalten mit....	
einem Erwachsenen ohne Kinder	27
einem Erwachsenen mit Kindern (Alleinerziehende/r)	30
zwei Erwachsenen ohne Kinder	11
zwei Erwachsenen mit einem Kind	10
zwei Erwachsenen mit zwei Kindern	7
zwei Erwachsenen mit drei oder mehr Kindern	12
Nach sozialer Stellung	
Erwerbstätig	5
Arbeitslos	43
Ruhestand	14
Sonstige Nichterwerbstätige	18

Methodische Erläuterungen zu LEBEN IN EUROPA

Mit LEBEN IN EUROPA (englisch: Community Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC) gibt es erstmals eine EU-weit vergleichbare Datenquelle über Einkommen, Armut und Lebensbedingungen in Europa. Für die Statistik gelten in allen Mitgliedstaaten einheitliche Definitionen sowie methodische Mindeststandards. Neu ist, dass die Befragten zu einigen Aspekten ihrer Lebensbedingungen subjektive Einschätzungen abgeben.

LEBEN IN EUROPA wurde in Deutschland erstmalig im Jahr 2005 durchgeführt. Da es sich um die erste Erhebungswelle handelt und aufgrund der eingeschränkten Vergleichbarkeit mit anderen nationalen Datenquellen, sind derzeit noch keine Aussagen im Zeitvergleich möglich. Das erhobene Einkommen von LEBEN IN EUROPA 2005 bezieht sich auf das Jahr 2004. Daher sind keine Aussagen zu den Auswirkungen der sogenannten Hartz-IV-Gesetze möglich.

Eines der Hauptziele der Erhebung ist die Ermittlung der Armutsgefährdungsquote. Die Armutsgefährdungsquote sagt aus, wie hoch der Anteil der armutsgefährdeten Personen an der Gesamtbevölkerung ist. Zur Berechnung der Armutsgefährdungsquote wird zunächst das von allen Haushaltsmitgliedern tatsächlich erzielte Haushaltseinkommen herangezogen. Es setzt sich zusammen aus dem Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit, dem Einkommen aus Vermögen, Renten und Pensionen sowie empfangenen laufenden Transfers – wie zum Beispiel Arbeitslosengeld, Sozialhilfe oder Kindergeld. Direkte Steuern und Sozialbeiträge sind abgezogen. Dieses Haushaltseinkommen wird auf die Personen des Haushalts nach einem Gewichtungsschlüssel (Äquivalenzskala) verteilt, der berücksichtigt, dass Personen in einem Haushalt durch das Zusammenleben Einspareffekte bei den laufenden Kosten erzielen.

Die Äquivalenzskala weist jeder Person im Haushalt ein Gewicht zu. Die erste erwachsene Person bekommt stets das Gewicht 1. Jede weitere Person erhält ein Gewicht, das die Größenordnung des Mehrbedarfs berücksichtigen soll, der durch diese Person entsteht: Weitere Erwachsene und Kinder ab 14 Jahren erhalten das Gewicht 0,5, Kinder unter 14 Jahren das Gewicht 0,3. So ergibt sich bei einer Familie mit zwei Kindern beispielsweise das Gesamtgewicht 2,1. Das verfügbare Haushaltseinkommen wird nun durch die Summe der Gewichte dividiert. Das so ermittelte Einkommen der Personen wird als „bedarfsgewichtetes Äquivalenzeinkommen“ bezeichnet und jeder Person im Haushalt als persönliches Äquivalenzeinkommen zugeschrieben. Zu beachten ist, dass es sich beim Äquivalenzeinkommen um eine fiktive Rechengröße handelt.

Um das mittlere Einkommen zu ermitteln, wird der Median (Zentralwert) verwendet. Dabei werden die Personen ihrem Äquivalenzeinkommen nach aufsteigend sortiert. Der Median ist der Einkommenswert derjenigen Person, die die Bevölkerung in genau zwei Hälften teilt. Das heißt, die eine Hälfte hat mehr, die andere weniger Einkommen zur Verfügung. 60% dieses Medianwertes stellen die Armutsgefährdungsgrenze dar.

www.destatis.de



Armutsbericht der Bundesregierung

Was ist der Maßstab für Armut?

13 Prozent der Bundesbürger arm - das ist jeder achte. Das ist das Ergebnis des jüngsten Armuts- und Reichtumsbericht der Regierung, den die Bundesregierung heute billigte. Das Fazit lautet: Die Kluft zwischen Arm und Reich in Deutschland hat sich weiter vertieft. Der Bericht basiert auf Zahlen aus dem Jahr 2005 und wird deshalb auch als "veraltet" kritisiert. (inland/bundeskabinett6.html) Doch wer wird in Deutschland als arm bezeichnet? Wie viele Menschen betrifft das? Die Statistik hilft bei dieser Frage - Armut bleibt am Ende aber immer Definitionssache.

Von Wolfram Leytz, tagesschau.de



585 Euro beträgt der BAföG-Höchstsatz - das Studium, Armut auf Zeit?

Schon im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung von 2005 hieß es: "Hinter jeder Interpretation des Armuts- und auch des Reichtumsbegriffs und hinter jedem darauf beruhenden Messverfahren stehen Wertüberzeugungen. Deshalb ist auch die Aufgabe, Armut ‚messbar‘ zu machen, im streng wissenschaftlichen Sinn nicht lösbar." Kein Wunder, dass sich auch in der Armuts-Debatte Statistiken zum Erhitzen politischer Süsschen eignen.

Was ist der Maßstab für Armut?



Ein Kind arbeitet auf einem Feld in Südniger. Über eine Milliarde Menschen muss mit weniger als einem Dollar pro Tag leben.

Wissenschaftlich und politisch unbestritten sind Arme in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern vergleichsweise gut gestellt. Wer mit weniger als einem Dollar pro Tag auskommen muss - das ist zum Beispiel für die Weltbank Armut - hat ganz andere Probleme. Aber auch in einer immer noch reichen Gesellschaft wie Deutschland brauchen Politik und Gesellschaft einen Maßstab, um Armut zu messen. Wer hat mehr und wer hat weniger? Diese Frage beschäftigt zahllose Statistiker bei Bund, Ländern und der EU.

Äquivalenz-Einkommen macht Armut vergleichbar

Um die unterschiedlichen Lebenssituationen einzubeziehen vergleichen die Statistiker meist das so genannte bedarfsgewichtete Äquivalenz-Einkommen. Dieses berücksichtigt zum Beispiel, dass Familien gewisse Einspareffekte durch die gemeinsame Wohnung und die gemeinsame Lebensführung haben.

Das Äquivalenz-Einkommen ist kein reales Einkommen wie etwa das Netto-Gehalt eines Arbeitnehmers, sondern eine Rechengröße - auch wenn es dem tatsächlichen mittleren verfügbaren Nettoeinkommen meist recht nahe kommt.

- [Tiefe Kluft zwischen Arm und Reich in Deutschland, tagessthemen 22:15 Uhr \[Andrea Böhner/Benjamin Cors, SWR\] \(/multimedia/video/video338388.html\)](#)
- [Weitere Video-Formate \(/multimedia/video/video338388.html\)](#)

781 Euro - armutsgefährdet

2005 betrug dieses Äquivalenz-Einkommen nach Angaben des statistischen Bundesamtes 1301 Euro netto pro Monat. Dieser Wert ist ein so genannter Median-Wert. Das heißt, genau die Hälfte der Bürger hatte ein höheres Einkommen, die andere Hälfte ein geringeres. Zu dem Einkommen gehören alle Einkünfte, auch Sozialleistungen wie Kindergeld oder Arbeitslosengeld

Als armutsgefährdet gilt inzwischen EU-weit, wer weniger als 60 Prozent dieses Median-Wertes zur Verfügung hat. Für eine Einzelperson waren das 2005 also 781 Euro. Für eine Familie mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren wird die Grenze mit 1640 Euro monatlich berechnet. Wo diese Grenze liegt, bestimmen die Statistiker - oder die Politik. In der Armutsdebatte wurde bis vor einigen Jahren auch häufig eine 50-Prozent-Grenze festgelegt.

Ein Achtel der Bürger unter der Armutsgrenze

In Deutschland lagen 2005 knapp 13 Prozent der Bürger unter der "Armutsrisiko-Grenze". Ohne Sozialleistungen ist es sogar etwas mehr als ein Viertel der Bundesbürger. Die Bundesrepublik liegt leicht über dem EU-Durchschnitt. Im Vergleich zum vorhergehenden Armutsbericht hat sich die Quote kaum verändert.

Ein Problem bei diesen komplizierten Statistiken: Die Datensammlung und -verarbeitung ist aufwändig. Der jüngste Armutsbericht der Regierung etwa nutzt überwiegend Daten von 2004 und 2005. Den "Ist"-Stand zeigt der Report nicht.

Der Trend zählt, nicht die Quote

Eine wichtige Frage ist auch, wer bleibt wie lange arm? Das "dauerhafte Armutsrisiko" ist laut dem Bericht von 2000 bis 2005 angestiegen - aber blieb das auch in den Boom-Jahren 2006 und 2007 so? Experten warnen daher vor vorschnellen Schlussfolgerungen und der Fixierung auf die "Armutsquote", wie immer sie auch errechnet wird. Mit den Statistiken im jüngsten Armutsbericht der Bundesregierung, der **tagesschau.de** vorliegt, lassen sich jedoch die Risikofaktoren feststellen, die zu Armut führen. Neu ist dabei kaum etwas. Längst bekannt ist etwa, dass Menschen ohne Berufsausbildung und Alleinerziehende weit überdurchschnittlich armutsgefährdet sind.



Der wichtigste Risikofaktor bleibt allerdings die Arbeitslosigkeit. Nur 5,5 der Erwerbstätigen liegen beispielsweise unter der 60-Prozent-Grenze beim Äquivalenz-Einkommen und sind damit armutsgefährdet.

Es zeigt sich aber auch, dass die Einkommen weiter auseinander gehen. Am "oberen" und am "unteren" Rand der Einkommensverteilung finden sich mehr Menschen - es gibt also mehr Armutsgefährdete, weniger "Mittelschichtler" und mehr Menschen mit hohem Einkommen.



mehr Menschen mit hohem Einkommen.

Als Hauptrisiko für Armut schon lange bekannt: Arbeitslosigkeit und fehlender Berufsabschluss.

Und wer ist reich?



Als reich gilt beim Äquivalenz-Vergleich, wer mehr als das Doppelte des mittleren Einkommens zur Verfügung hat. Für einen Single wären das also 2602 Euro. Etwa sechs Prozent der Bundesbürger gehören nach Armutsbericht zu den Reichen.

Hummer oder Eintopf? Die soziale Kluft wird breiter - dieses Ergebnis des Armutsberichts ist unumstritten.

Nur "Äpfel mit Äpfeln" vergleichen

Wer sich nun daran erinnert, dass Arbeitsminister Olaf Scholz vor der offiziellen Veröffentlichung des Armuts- und Reichtumsberichts auch schon 3418 Euro als "Reichen-Grenze" genannt hat, muss noch etwas in Sachen Statistik lernen: dass man nur vergleichbare Zahlen auch vergleichen sollte. Die 3418-Euro-"Obergrenze" ist rein statistisch nachvollziehbar, beruht aber auf anderen Grundlagen - und "passt" daher nicht zur 781-Euro-"Untergrenze".



Durch veränderte Erhebungsverfahren lag auch die Armutsrisikogrenze beim Armutsbericht 2005 noch deutlich höher - bei 938 Euro. Neue EU-weite Statistikreihen lassen allerdings hoffen, dass die Zahlen künftig einheitlicher werden.

Teilhabe an der Gesellschaft heißt auch Bildung und Kultur erleben können.

"Zu kurz geratene Auswahl der Fakten"?

Der Streit um die Armutsdefinition wird damit allerdings nicht enden. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), das mit dem "Sozio-oekonomischen Panel" eine der wichtigsten Längsschnittstudien in Deutschland betreibt, kritisiert den Armutsbericht als "zu kurz geratene Auswahl der Fakten". Das DIW sieht die Armutsquote für das Jahr 2006 etwa bei 18,3 Prozent.

Armut ist mehr als wenig Geld

Armut ist allerdings mehr als nur der Mangel an Geld. Wer in einer wohlhabenden Gesellschaft keine Chance hat, sich aus Armut durch Arbeit, Bildung und Qualifikation zu befreien, ist auch arm - da wenigstens sind sich Experten, Statistiker und Politiker inzwischen einig.

- [Glos kritisiert Armutsbericht als "veraltet" \(/inland/bundeskabinett6.html\)](http://inland.bundeskabinett6.html)
- [Interview: "Datenmix verzerrt das Bild" \(/inland/armutsbericht16.html\)](http://inland/armutsbericht16.html)
- [Dossier: Armes Deutschland? \(19.10.06\) \(/inland/dossierarmut2.html\)](http://inland/dossierarmut2.html)
- [Bundeskabinett beschließt Fitness-Aktionsplan \(/inland/kabinett38.html\)](http://inland/kabinett38.html)
- [Kluft zwischen Arm und Reich wächst \[A. Bähner/B. Cors, SWR\] \(/multimedia/video/video338388.html\)](http://multimedia/video/video338388.html)
- [Bundeskabinett billigt Armutsbericht \[C.Nitsche, ARD Berlin\] \(/multimedia/video/video338336.html\)](http://multimedia/video/video338336.html)
- [Weltatlas: Deutschland \(http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland\)](http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland) [Flash (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>)] HTML (http://atlas.tagesschau.de/html/index.php?display_id=507000)]

[display_id=507000](#)]Stand: 25.06.2008 12:20 Uhr

Nachrichten-Weltatlas



Deutschland (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>)

Landkarte, weitere Nachrichten aus der Region und viele Hintergrundinformationen.

[Flash (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>) | HTML (http://atlas.tagesschau.de/html/index.php?display_id=507000)]

Video

- **Die Kluft zwischen Arm und Reich in Deutschland wird immer tiefer** (/multimedia/video/video338472.html)

Johanna Wahl, SWR Mainz [[nachtmagazin 00:15 Uhr 26.06.2008 \(/multimedia/video/video338472.html\)](#)]

- **Tiefe Kluft zwischen Arm und Reich in Deutschland** (/multimedia/video/video338388.html)

Andrea Böhner/Benjamin Cors, SWR [[tagesthemen 22:15 Uhr 26.07.2008 \(/multimedia/video/video338388.html\)](#)]

- **Bundeskabinett billigt neuen Armuts- und Reichtumsbericht** (/multimedia/video/video338336.html)

Christian Nitsche, ARD Berlin [[tagesschau 20:00 Uhr 26.07.2008 \(/multimedia/video/video338336.html\)](#)]

Audio

- **Der Armutsbericht von der Bundesregierung gebilligt [Gerhard Irmeler, DLF]**
[25.06.2008 16:11 | 3'24 \(/multimedia/audio/audio20452.html\)](#)

- **Kommentar: Armutsbericht [Martin Steinhage, DLF]**
[19.05.2008 19:18 | 2'59 \(/multimedia/audio/audio18228.html\)](#)

Links

- **Forum Kinderarmut** (<http://forum.tagesschau.de/forumdisplay.php?f=659>)

Mehr zum Thema

- **Armutsbericht: SPD-Politiker fordern Vermögenssteuer** (/inland/armutsbericht6.html)
- **Kluft zwischen Arm und Reich wird tiefer (18.05.08)** (/inland/armutsbericht4.html)

Dossiers



Armes Deutschland? (/inland/dossierarmut2.html)

Daten, Hintergründe und Einschätzungen zur Armut in Deutschland. [[mehr \(/inland/dossierarmut2.html\)](#)]



<http://www.tagesschau.de/inland/armut20.html>



[Arme Kinder - armes Deutschland \(/inland/dossierkinderarmut2.html\)](/inland/dossierkinderarmut2.html)

Fakten und Reportagen zum Thema Kinderarmut [[mehr \(/inland/dossierkinderarmut2.html\)](/inland/dossierkinderarmut2.html)]

Aus dem Archiv

- **[Kluft zwischen Arm und Reich wird tiefer \(18.05.08\) \(18.05.2008\) \(/inland/armutsbericht4.html\)](/inland/armutsbericht4.html)**
- **[Armutsbericht: SPD-Politiker fordern Vermögenssteuer \(19.05.2008\) \(/inland/armutsbericht6.html\)](/inland/armutsbericht6.html)**
- **[Kinderarmut in Deutschland: Fragen und Antworten \(16.06.2008\) \(/inland/kinderarmut50.html\)](/inland/kinderarmut50.html)**
- **[Wie arm ist Deutschland? \(18.10.2006\) \(/inland/meldung92688.html\)](/inland/meldung92688.html)**

Mehr Inland

- **[Tief "Daisy": Verkehrsprobleme, aber kein großes Chaos \(/inland/winter180.html\)](/inland/winter180.html)**
- **[Streit um Führungsstil von Kanzlerin Merkel \(/inland/merkel1262.html\)](/inland/merkel1262.html)**
- **[Kommentar: Wo ist Angela Merkel? \(/kommentar/woistmerkel100.html\)](/kommentar/woistmerkel100.html)**
- **[ARD-DeutschlandTrend: Keine Mehrheit für die Steuersenkungspläne \(/inland/deutschlandtrend/deutschlandtrend968.html\)](/inland/deutschlandtrend/deutschlandtrend968.html)**
- **[Essen feiert Eröffnung als Kulturhauptstadt 2010 \[wdr\] \(http://www.wdr.de/themen/kultur/kulturhauptstadt_2010/eroeffnung/100109b.jhtml\)](http://www.wdr.de/themen/kultur/kulturhauptstadt_2010/eroeffnung/100109b.jhtml)**

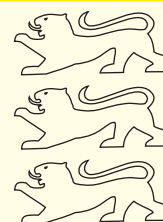
© tagesschau.de

tagesschau.de ist für den Inhalt externer Links nicht verantwortlich.

Familien

in Baden-Württemberg

REPORT



4/2008



Ökonomische Lage von Familien



FaFo
FamilienForschung
Baden-Württemberg



KINDERLAND
Baden-Württemberg



Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Inhalt

Einleitung	2
1. Einkommensunterschiede zwischen Familien und Frauen und Männern ohne Kinder in Baden-Württemberg.....	3
2. Armutsgefährdete Familien	6
Familien mit besonderer Armutsgefährdung: Alleinerziehende, kinderreiche Familien, ausländische Familien	10
Die größte Armutsgefährdung: Fehlende Erwerbsbeteiligung der Eltern	14
Familien im Hartz IV-Bezug	17
Weiteres Armutsrisiko: Überschuldung.....	19
3. Einkommensungleichheit und Armutsgefährdung von Familien im internationalen Vergleich.....	20
Datenquellen und Definitionen	25
Literatur	26
Impressum.....	28

Ökonomische Lage von Familien

Einleitung

Der jüngste UNICEF-Bericht zur Lage von Kindern in Deutschland (2008) zeigt, dass die Armutsrisiken von Kindern in Deutschland in den letzten 10 Jahren deutlich gestiegen sind. Während in den 1990er-Jahren zwischen 7 % und 9 % der Kinder als armutsgefährdet galten, waren es 2004 rund 13 % (1,7 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland).¹ Im selben Zeitraum fiel der Anstieg der Armutsgefährdungsrate für die Gesamtbevölkerung deutlich geringer aus. Es ist sicher zu kurz gegriffen, Kinder generell als Armutsrisiko zu bezeichnen. Kinder allein stellen kein Armutsrisiko dar, gleichwohl sind die Pro-Kopf-Einkommen von kinderlosen Paaren in der Regel deutlich höher als die von Familien.² Mit der Gründung einer Familie schränkt oft ein Elternteil, in der Regel die Mutter, die eigene Erwerbstätigkeit ein, wodurch sich das Erwerbseinkommen der Familie deutlich reduziert. Eine repräsentative Elternbefragung zeigt, dass sich Eltern häufig finanziell benachteiligt fühlen. 77 % der Befragten stimmten der Aussage zu „Wer Kinder hat, zahlt in unserem Land drauf.“, 44 % gaben an, auf vieles verzichten zu müssen, was sie sich ohne Kinder leisten könnten (2008).³ Die vorliegende Ausgabe des Reports geht im ersten Kapitel der Frage nach, wie groß der Einkommensunterschied zwischen unterschiedlichen Lebensformen in Baden-Württemberg tatsächlich ist und welche Unterschiede zwischen kleinen und großen Familien bestehen.

Im zweiten Kapitel geht es um armutsgefährdete Familien. Darüber, ob und wie Armut gemessen werden kann, gehen die Meinungen auseinander. Einigkeit besteht darin, dass Armut eine extreme Form sozialer Ungleichheit ist und mit der Einschränkung von Teilhabechancen in verschiedenen Bereichen wie Bildung, Gesundheit, Wohnen, Kultur und Erwerbstätigkeit einhergeht.⁴ Der vorliegende Report beschreibt das Ausmaß der Ungleichverteilung von Einkommen und damit indirekt auch die Ungleichverteilung von gesellschaftlichen Teilhabechancen auf der Basis aktueller Daten des Mikrozensus. Dadurch wird deutlich, wer in Baden-Württemberg und Deutschland als armutsgefährdet gilt und welche Lebensformen in besonderer Weise betroffen sind. Die größte Armutsgefährdung für Familien ist die fehlende Erwerbsbeteiligung der Eltern. Insbesondere für Alleinerziehende ist es häufig schwierig, Familie und Beruf zu vereinbaren. Um unterschiedlich hohe Armutsquoten zu erklären, werden daher auch Erwerbsstrukturen alleinerziehender Mütter in Baden-Württemberg sowie in Ost- und Westdeutschland in den Blick genommen. Im abschließenden Teil geht es um Armutsgefährdungen im europäischen Vergleich.

1 Diese Angaben beziehen sich auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Ausgehend vom gewichteten Nettoeinkommen des Haushalts werden Kinder hier als arm bezeichnet, wenn sie über weniger als 50 % des Medians des Äquivalenzeinkommens der Gesellschaft verfügen.

2 Eggen, B., 2005, Strantz, C., 2006

3 Telefonische Befragung von 1014 Eltern im Alter von 18-60 Jahren mit Kindern unter 11 Jahren in Deutschland durch das Forsa-Institut im Auftrag der Zeitschrift „Eltern“, 2008, <http://www.eltern.de/pdf/Das-Lebensgefuehl-junger-Eltern.pdf>

4 Bertram, H., 2008

1. Einkommensunterschiede zwischen Familien und Frauen und Männern ohne Kinder in Baden-Württemberg

Familien befinden sich grundsätzlich in einer anderen wirtschaftlichen Situation als kinderlose Frauen und Männer. Eltern müssen nicht nur ihren eigenen Lebensunterhalt erwirtschaften, sondern auch den ihrer Kinder. Zugleich sind ihre Möglichkeiten, Einkommen zu erzielen, durch familiäre Aufgaben häufig eingeschränkt. Oft verzichtet ein Elternteil, zumeist die Mutter, nach der Geburt eines Kindes zeitweise oder auf Dauer auf eine eigene Erwerbstätigkeit. Tendenziell verfügen Familien daher über weniger Einkommen als kinderlose Lebensformen. Zwischen verschiedenen Familientypen und Familien in unterschiedlichen Familienphasen gibt es jedoch deutliche Unterschiede.⁵

Monatliches Nettoeinkommen

Die Einkommenslage und die Armutsgefährdung verschiedener Lebensformen werden anhand des Medianeinkommens beschrieben. Der Median ist der Wert, der die Einkommensverteilung in zwei genau gleich große Hälften teilt. Er erlaubt eher als das arithmetische Mittel Aussagen über die für die Mehrzahl der Lebensformen typischen Einkommen, da Extremwerte auf ihn einen geringeren Einfluss haben.

Paare mit Kindern verfügen im Durchschnitt über ein höheres monatliches Nettoeinkommen als Paare ohne Kinder.⁶ Das mittlere Nettoeinkommen von Paaren mit Kindern liegt bei rund 3 100 Euro und damit um etwa 800 Euro über dem der kinderlosen Paare. Das mag zunächst überraschen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Paare ohne Kinder eine sehr heterogene Gruppe sind⁷ und die Einkommenslage von Familien bereits durch familienpolitische Leistungen und Sozialtransfers korrigiert ist. Die pauschale Gegenüberstellung von Paaren mit Kindern und kinderlosen Paaren gibt die tatsächlichen Einkommensunterschiede nur in eingeschränktem Maß wieder. Diese zeigen sich erst bei genauerer Betrachtung unterschiedlicher Familientypen und -phasen. Vergleicht man beispielsweise junge Paare mit und ohne Kinder, so zeigt sich, dass in Familien, in denen die Mutter unter 35 Jahre alt ist, das durchschnittliche Familiennettoeinkommen (etwa 2 400 Euro) rund 300 Euro unter dem kinderloser Paare im selben Alter liegt.

Zwischen Familien mit jüngeren Kindern und Familien mit älteren Kindern zeigt sich ebenfalls ein deutliches Einkommensgefälle. So haben Paare mit Kindern unter 3 Jahren im Durchschnitt ein monatliches Nettoeinkommen von 2 500 Euro. Das sind etwa 400 Euro weniger als Paaren mit Kindern im Alter von 6 bis unter 15 Jahren zur Verfügung steht. In Paarfamilien, in denen die Kinder zwischen 15 und unter 18 Jahren alt sind, liegt das monatliche Familiennettoeinkommen von ungefähr 3 300 Euro etwa 800 Euro über dem von Familien mit Kindern unter 3 Jahren.

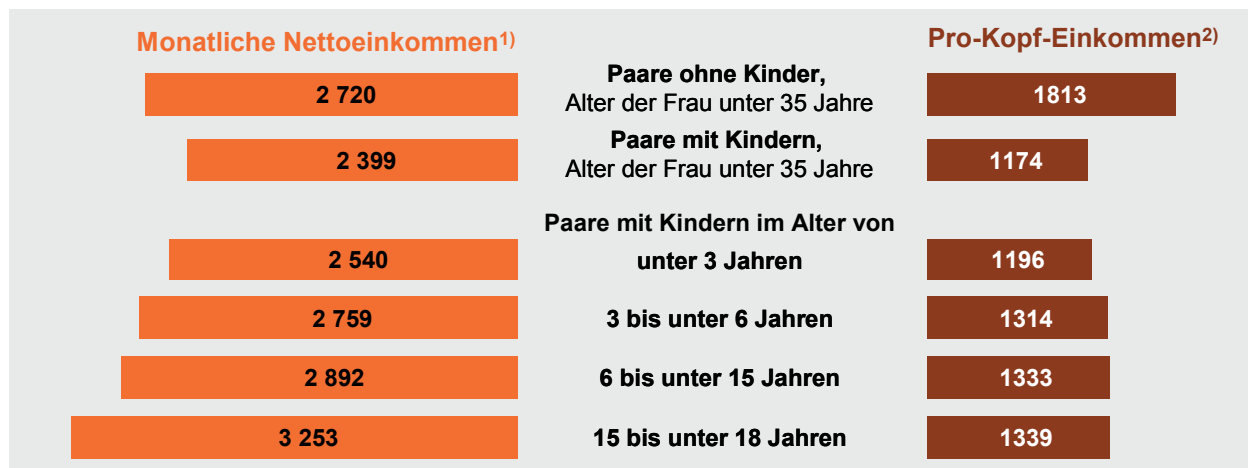
5 Zur phasenspezifischen Betrachtung siehe ausführlich: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), Familienbericht 2004

6 Zum monatlichen Nettoeinkommen zählen alle Einkommensarten, also neben dem Erwerbseinkommen auch staatliche Leistungen in Form von Kindergeld, Arbeitslosengeld und Sozialhilfe. Auch Einkünfte aus Vermögen und private Zuwendungen werden hinzugezählt. Abgezogen werden Steuern und Sozialabgaben.

7 Hier sind Paare zusammengefasst, die zeitlebens kinderlos sind, sowie Paare, die noch keine Kinder haben oder deren Kinder das Elternhaus bereits wieder verlassen haben. Die meisten Personen dieser Gruppe sind 55 Jahre und älter (63 %). Daher ist anzunehmen, dass ein großer Teil unter ihnen von Renten oder Pensionen lebt und somit eher unterdurchschnittliche Einkommen erzielt.

Nimmt man verschiedene Familientypen in den Blick, so fällt auf, dass das Familieneinkommen mit steigender Kinderzahl kaum zunimmt. Paare mit 3 oder mehr Kindern haben im Durchschnitt ein Familiennettoeinkommen von etwa 3 200 Euro pro Monat und damit ein um etwa 200 Euro höheres Einkommen als Paare mit einem Kind. Alleinerziehende verfügen über ein deutlich niedrigeres Einkommen als Paarfamilien. Sie haben in Baden-Württemberg ein Nettoeinkommen von durchschnittlich etwa 1 700 Euro, wobei sich die finanzielle Situation von alleinerziehenden Müttern und Vätern erheblich unterscheidet. Alleinerziehende Mütter müssen mit durchschnittlich rund 1 600 Euro im Monat auskommen, alleinerziehenden Vätern stehen in etwa 2 400 Euro monatlich zur Verfügung.

Schaubild 1: Einkommenssituation von Paaren in Baden-Württemberg (2007)



1) Durchschnittliche Einkommen: Median; 2) Gewichtung der Pro-Kopf-Einkommen nach OECD-Skala: 1. Person = 1, weitere Personen im Alter 15 Jahre und mehr = 0,5, weitere Personen im Alter unter 15 Jahren = 0,3.

Quelle: Mikrozensus 2007, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen

Der Vergleich der Nettoeinkommen allein ist allerdings wenig aussagekräftig, da die unterschiedliche Zusammensetzung der Lebensgemeinschaften und damit auch der unterschiedliche Bedarf unberücksichtigt bleiben. Deshalb werden beim Vergleich der ökonomischen Lage verschiedener Lebensformen in der Regel so genannte „gewichtete“ Pro-Kopf-Einkommen zugrunde gelegt. Dabei wird das Nettoeinkommen nicht durch die Zahl der Familienmitglieder geteilt, sondern entsprechend der modifizierten OECD-Äquivalenzskala gewichtet.⁸ Dahinter steckt die Überlegung, dass einerseits Kinder entsprechend ihres geringeren Verbrauches mit einem geringeren Gewicht in die Berechnungen eingehen und andererseits Haushalte mit mehreren Personen verglichen mit kleineren Haushalten allein durch die Größe des Haushalts Kosten sparen. So benötigt eine vierköpfige Familie zwar eine größere Waschmaschine als ein kinderloses Paar, aber nicht vier Waschmaschinen. Das auf diese Weise ermittelte Pro-Kopf-Einkommen aller Lebensformen beträgt in Baden-Württemberg rund 1 400 Euro. Betrachtet man Pro-Kopf-Einkommen, dann stehen Paaren mit Kindern etwa 200 Euro pro Kopf weniger zur Verfügung als kinderlosen Paaren. Bei jungen Familien fällt dieser Unterschied deutlich größer aus. Paar-

⁸ Für die erste Person wird das Gewicht 1 verwendet, für jede weitere Person im Alter von 15 Jahren oder mehr 0,5, jede weitere Person unter 15 Jahren wird mit 0,3 gewichtet. Ein kinderloses Paar erhält damit das Gewicht 1,5, eine vierköpfige Familie mit zwei Kindern unter 15 Jahren 2,1. Ihr Nettoeinkommen wird bei der Berechnung von Pro-Kopf-Einkommen dem entsprechend nicht durch 4, sondern durch 2,1 geteilt.

familien, in denen die Mutter unter 35 Jahre alt ist, verfügen monatlich pro Kopf über etwa 600 Euro weniger Einkommen als kinderlose Paare derselben Altersgruppe.

Generell ist das Einkommensgefälle umso steiler, je mehr Kinder in einer Familie leben und je jünger die Kinder sind. So haben Paare mit 3 oder mehr Kindern ein um etwa 300 Euro geringeres Pro-Kopf-Einkommen als Paare mit einem Kind. Im Vergleich mit kinderlosen Paaren stehen diesen Familien etwa 400 Euro pro Kopf weniger zur Verfügung. Über das höchste Pro-Kopf-Einkommen verfügen nichteheliche Paare ohne Kinder mit rund 1 800 Euro. Alleinerziehende Mütter mit einem mittleren Pro-Kopf-Einkommen von etwa 1 100 Euro stehen am unteren Ende der Einkommensskala.

Relative Wohlstandspositionen

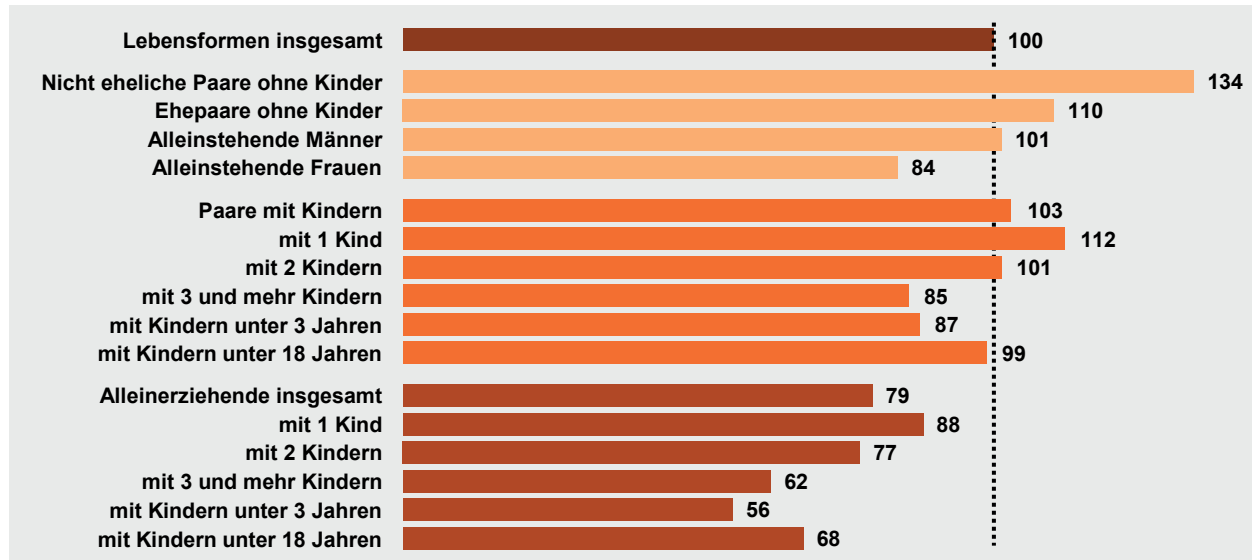
Das Einkommensgefälle zwischen verschiedenen Lebensformen lässt sich auch durch relative Wohlstandspositionen verdeutlichen. Sie veranschaulichen die Abweichungen des durchschnittlichen Einkommens einzelner Lebensformen vom durchschnittlichen Einkommen aller Lebensformen. Dabei wird das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen aller Lebensformen gleich 100 % gesetzt.

Die höchsten Wohlstandspositionen nehmen unverheiratet und verheiratet zusammenlebende Paare ein. Unverheiratete Paare ohne Kinder verfügen über 134 % des durchschnittlichen Einkommens aller Lebensformen, Ehepaare ohne Kinder über 110 %. Paare mit Kindern nehmen durchschnittliche Wohlstandspositionen ein (103 %). Betrachtet man jedoch jüngere Familien (Mutter unter 35 Jahre), so belegen diese deutlich unterdurchschnittliche Wohlstandspositionen (86 %). Kinderlose Paare derselben Altersgruppe finden sich mit 132 % des durchschnittlich verfügbaren Einkommens auf vergleichsweise hohen Wohlstandspositionen.

Ein Wohlstandsgefälle zeigt sich nicht nur zwischen Familien und kinderlosen Lebensformen, sondern auch zwischen Familien, je nach Anzahl und Alter der Kinder. Paare mit einem Kind gehören zu den vergleichsweise ökonomisch wohlhabenden Lebensformen, sie liegen mit einer Wohlstandsposition von 112 % über dem Durchschnitt aller Lebensformen. Paare mit 2 Kindern erreichen ein durchschnittliches Einkommensniveau, wohingegen sich Paare mit 3 oder mehr Kindern auf niedrigen Wohlstandspositionen befinden. Ihnen stehen pro Kopf 85 % des durchschnittlichen Einkommens aller Lebensformen zur Verfügung. Auch Paarfamilien mit jüngeren Kindern belegen unterdurchschnittliche Wohlstandspositionen. So stehen Familien mit Kindern unter 3 Jahren 87 % des durchschnittlichen Einkommens aller Lebensformen zur Verfügung. Deutlich unterdurchschnittlich sind die Wohlstandspositionen von Alleinerziehenden. Ihnen stehen insgesamt 79 % des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens zur Verfügung. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen alleinerziehenden Vätern und Müttern. Während das Einkommen alleinerziehender Väter etwas über dem Durchschnitt aller Lebensformen liegt (105 %), befinden sich alleinerziehende Mütter am unteren Ende der Einkommensskala (78 %). Auch bei Alleinerziehenden hängt die Wohlstandsposition von der Anzahl und dem Alter der Kinder ab. Alleinerziehende mit 3 und mehr Kindern müssen mit 62 % des durchschnittlich verfügbaren Einkommens aller Lebensformen auskommen. Leben sie mit Kindern unter 3 Jahren

im gemeinsamen Haushalt, so verfügen sie über gut die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens (56 %).⁹

Schaubild 2: Lebensformen nach relativen Wohlstandspositionen in Baden-Württemberg (2007)



Anmerkung: Bei Alleinerziehenden mit Kindern unter 3 Jahren ist der Aussagewert aufgrund geringer Fallzahlen eingeschränkt.

Quelle: Mikrozensus 2007, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Höhere Einkommen

Einkommenswohlstand ist bei Familien eher selten anzutreffen. Über höhere Einkommen verfügen in Baden-Württemberg 7 % aller Paare mit Kindern und 13 % aller Paare ohne Kinder.¹⁰ Kinderlose Paare leben vor allem in mittleren Phasen überdurchschnittlich häufig in Einkommenswohlstand. Ist die Partnerin zwischen 35 und 44 Jahre alt, so verfügen 29 % von ihnen über mehr als das Doppelte des durchschnittlichen Einkommens aller Lebensformen. Von den Paaren mit Kindern in dieser Altersgruppe sind es 6 %. Paarfamilien sind am ehesten in späteren Familienphasen einkommensstark. Wenn die Partnerin 55 bis unter 65 Jahre alt ist, verfügen 13 % der Paarfamilien über höhere Einkommen. Bei Alleinerziehenden kommt Einkommenswohlstand seltener vor (4 %).

2. Armutsgefährdete Familien

Was ist Armutsgefährdung?

In der Regel wird Armut als relativer Abstand zu den in einer Gesellschaft üblichen Lebensbedingungen gemessen. Da sich Armut nicht in Zahlen ausdrücken lässt, wird ein statistisch messbarer Wert, die Armutsgefährdung, verwendet. Ob Armut tatsächlich vorliegt, ist mit diesem Wert jedoch noch nicht gesagt. Als armutsgefährdet gilt, wer über weniger als 50 % bzw. 60 % des durchschnittlichen Einkommens (gewichtetes Medianeinkommen) aller Lebensformen verfügt. Das Vermögen bleibt dabei außen vor. Es ist zu beachten, dass das tatsächliche Einkommen von Familien bereits durch einkommenspolitische Maßnahmen korrigiert ist. Durch

⁹ Für Alleinerziehende mit Kindern unter 3 Jahren ist der Aussagewert aufgrund geringer Fallzahlen eingeschränkt.

¹⁰ Von einem höheren Einkommen spricht man, wenn das Pro-Kopf-Einkommen von Familien mehr als das Doppelte des durchschnittlichen Einkommens aller Lebensformen beträgt.

solche Familienleistungen und Sozialtransfers wurde im Jahr 2005 die Armutsgefährdungsquote der Bevölkerung in Deutschland von 26 % auf ein Niveau von 13 % gesenkt.¹¹

Wirtschaftlich schwierige Notlagen sind ein zentraler, aber nicht der einzige Aspekt von Armut. Die Armutsdefinition im 3. Armuts- und Reichtumsbericht knüpft an das Armutsverständnis der EU an, wonach Menschen arm sind, die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist. Armut wird demnach in einem weiteren Sinn als Mangel an Teilhabe- und Verwirklichungschancen verstanden.¹² Dieser betrifft alle zentralen Lebensbereiche wie Bildung und Erziehung, Gesundheit, Wohnen sowie den Zugang zum Arbeitsmarkt.¹³ Es würde den Rahmen des vorliegenden Berichts allerdings sprengen, diese Dimensionen von Armut umfassend zu beschreiben. Er beschränkt sich im Rahmen der Familienberichterstattung auf die Armutsgefährdung von Familien hinsichtlich des Einkommens. Mangelndes Einkommen wird dabei als ein zentraler Aspekt von Armutsgefährdung und als wichtiger Indikator für geringe Teilhabe- und Verwirklichungschancen gesehen.¹⁴

Wie kann man Armut messen?

Armut selbst lässt sich nicht in Zahlen ausdrücken und ist damit statistisch auch nicht messbar. Gemessen werden kann nur die Armutsgefährdung verschiedener Lebensformen. Ob Armut tatsächlich vorliegt, kann aber auch mittels der Armutsgefährdungsrate nicht festgestellt werden. EU-weit ist es üblich, Einkommen von Familien unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung durch die Gewichtung entlang der modifizierten OECD-Skala vergleichbar zu machen (Pro-Kopf-Bedarfsgewichtung).

Untersuchungen zu Armut und Reichtum in Deutschland und in den einzelnen Bundesländern weisen unterschiedlich hohe Armutsgefährdungsquoten aus. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass zur Bestimmung der Armutsgefährdung unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden. Im 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung werden die Einkommens- und Verbraucherstichprobe (EVS), der Mikrozensus, die europaweit durchgeführte Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen „Leben in Europa“ (EU-SILC) und das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) verwendet.¹⁵ Dies sind die wichtigsten Informationsquellen, um Aussagen über die Armutsgefährdung in Deutschland und deren Entwicklung treffen zu können. Je nachdem, welche Datenquelle man zugrunde legt, gelten in Deutschland zwischen 13 % (EU-SILC 2006) und 18 % (SOEP 2006) der Haushalte als armutsgefährdet. Diese Unterschiede sind im Wesentlichen durch Stichprobenschwankungen, unterschiedliche

11 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008, S. IV

12 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008. Dieses Verständnis beruht auf Amartya Sens Ansatz der Verwirklichungschancen, der der aktuellen deutschen Armuts- und Reichtumsberichterstattung zugrunde liegt, s.a. Volkert, J., 2008

13 So hat beispielsweise die UNICEF 2007 sechs Dimensionen von Armut in den reichen Industrieländern untersucht: materielle Situation, Gesundheit, Bildung, Beziehung zu Eltern und Gleichaltrigen, Lebensweise und Risiken sowie subjektives Wohlbefinden.

14 In umfassenderen Armuts- und Reichtumsberichten auf Bundes- und Länderebene ist es auch möglich, andere Dimensionen von Armut einzubeziehen. Zur Reichtums- und Armutsberichterstattung der Länder: ISS (Hrsg.), S. 33ff, http://www.bmas.de/coremedia/generator/19790/property=pdf/forschungsprojekt_A364.pdf

15 Zur Methodik und unterschiedlichen Niveaus der Armutsrisikoschwellen und Armutsrisikoquoten siehe 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. X

Einkommensbegriffe¹⁶ und die unterschiedliche Behandlung fehlender oder unplausibler Werte zu erklären.

Soweit nicht anders angegeben, liegt den Auswertungen für diesen Report der Mikrozensus 2007 zugrunde. Die großen Vorteile dieser Datenbasis liegen in ihrer Repräsentativität und im Stichprobenumfang, der weitgehende Differenzierungen erlaubt. Im Gegensatz zu anderen Erhebungen (EU-SILC, EVS) ermöglicht der Mikrozensus auch Aussagen zur Armutsgefährdung von Familien mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus ist die Teilnahme am Mikrozensus gesetzlich verpflichtend. Eine Untererfassung einkommensschwächerer Familien, wie sie in freiwilligen Erhebungen eher vorkommen kann, ist damit weitgehend ausgeschlossen.

Bis zu welchem Einkommen gelten Familien in Baden-Württemberg und in Deutschland als armutsgefährdet?

Nach der hier verwendeten und EU-weit verbreiteten Definition verfügen Familien über ein Niedrigeinkommen und gelten damit als armutsgefährdet, wenn sie über weniger als 60 % des durchschnittlichen Einkommens (gewichtete Medianeinkommen) aller Lebensformen verfügen. Damit lässt sich Armutsgefährdung nur relativ bestimmen. Im Sinn einer „dauerhaft strengen Armut“ wird in anderen Veröffentlichungen teilweise auch ein Schwellenwert von 50 % als Maß für Niedrigeinkommen verwendet. Das gewichtete Medianeinkommen aller Lebensformen liegt in Baden-Württemberg bei 1 370 Euro und im Bundesgebiet bei 1 213 Euro; das Vermögen wird dabei nicht berücksichtigt.

Die folgende Tabelle weist sowohl die 50 % als auch die 60 % Schwellenwerte für **Baden-Württemberg** und **Deutschland** aus. In Baden-Württemberg gilt ein Paar mit 2 Kindern unter 15 Jahren als armutsgefährdet, wenn das Familiennettoeinkommen unter 1 726 Euro liegt (60 % Schwelle). Legt man die 50 % Schwelle zugrunde, dann gilt ein Paar mit 2 Kindern unter 15 Jahren mit einem Einkommen von unter 1 439 Euro als armutsgefährdet. Da das durchschnittliche Einkommen in Baden-Württemberg höher ist als im Bundesgebiet, sind hier auch die Armutsrisikoschwellen höher. Im Bundesgebiet gilt ein Paar mit 2 Kindern unter 15 Jahren bereits ab einem Familiennettoeinkommen unter 1 529 Euro als armutsgefährdet.

¹⁶ Die Einkommensbegriffe unterscheiden sich vor allem in der unterschiedlichen Berücksichtigung des Mietwerts von selbst genutztem Wohneigentum als Einkommenskomponente. In der EVS, im SOEP und bei EU-SILC (seit 2007) wird er als Einkommenskomponente berücksichtigt, während dies beim Mikrozensus nicht der Fall ist.

Tabelle 1: Schwellenwerte für Niedrigeinkommen von Familien in Baden-Württemberg und Deutschland (2007)

Lebensformen	Baden-Württemberg		Deutschland	
	50 %	60 %	50 %	60 %
	Euro			
Alleinstehende	685	822	607	728
Paar ohne Kinder	1.028	1.233	911	1.092
Paar mit 1 Kind unter 15 Jahren	1.233	1.480	1.093	1.310
Paar mit 2 Kindern unter 15 Jahren	1.439	1.726	1.275	1.529
Paar mit 3 Kindern unter 15 Jahren	1.644	1.973	1.457	1.747
Alleinerziehende mit 1 Kind unter 15 Jahren	891	1.069	789	946
Alleinerziehende mit 2 Kindern unter 15 Jahren	1.096	1.315	971	1.165
Alleinerziehende mit 3 Kindern unter 15 Jahren	1.302	1.562	1.153	1.383

Anmerkung: Armutsgefährdet sind Familien mit einem Niedrigeinkommen. Von einem Niedrigeinkommen wird gesprochen, wenn das monatliche Familiennettoeinkommen weniger als 50 % bzw. 60 % des mittleren gewichteten Pro-Kopf-Einkommens aller Lebensformen beträgt. Dabei wird das mittlere gewichtete Pro-Kopf-Einkommen nicht mit der Anzahl der Familienmitglieder multipliziert, sondern mit den definierten Gewichten der sogenannten modifizierten OECD-Skala (1. Person = 1,0; weitere Personen im Alter 15 Jahre und mehr = 0,5; weitere Personen im Alter unter 15 Jahren = 0,3). So wird beispielsweise bei einem Paar mit 2 Kindern unter 15 Jahren mit dem Faktor 2,1 gewichtet. Beispiel: Baden-Württemberg bei 60 %-Schwelle: 822 Euro x 2,1 = 1 726 Euro.

Quelle: Mikrozensus 2007, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Wie hat sich die Armutsgefährdung in Baden-Württemberg entwickelt?

In den Jahren 2006 und 2007 sind die Armutsquoten - vermutlich im Zusammenhang mit der positiven konjunkturellen Entwicklung - zurückgegangen. Dieser Rückgang ist nicht nur in Baden-Württemberg, sondern im gesamten Bundesgebiet festzustellen. 2007 waren in **Baden-Württemberg** 29 % der Alleinerziehenden und 9 % der Ehepaare mit Kindern armutsgefährdet. Zwei Jahre zuvor waren es noch 32 % bzw. 10 %. Damit ist die Armutsgefährdung von Ehepaaren in Baden-Württemberg um etwa 10 % zurückgegangen (1 Prozentpunkt), die der Alleinerziehenden um etwa 9 % (3 Prozentpunkte). Bei Familien mit minderjährigen Kindern ist die Armutsgefährdung von Ehepaaren und ihren Kindern um 17 % gesunken (2 Prozentpunkte) und diejenige von Alleinerziehenden um 11 % (5 Prozentpunkte). Zwischen 2003 und 2007 schwankt die Armutsquote teilweise stark. Die Armutsgefährdung von Ehepaaren mit Kindern lag - nach einem leichten Anstieg 2005 - zwei Jahre später wieder etwa auf dem Niveau von 2003. Bei Alleinerziehenden hingegen konnte das Niveau von 2003 trotz des Rückgangs der Armutsgefährdung in den Jahren 2006/2007 nicht wieder erreicht werden. Ihre Armutsgefährdung war 2007 in der Regel höher als 2003. Der Rückgang der Armutsgefährdung in den Jahren 2006/2007 hat die Strukturen der Armutsgefährdung nicht verändert. Nach wie vor sind Alleinerziehende sowie Familien mit jüngeren Kindern und kinderreiche Familien einer vergleichsweise hohen Armutsgefährdung ausgesetzt. So war beispielsweise auch 2007 die Armutsgefährdung von Alleinerziehenden 3-4-mal höher als die von Ehepaaren mit Kindern.

Tabelle 2: Entwicklung der Armutsgefährdung von Alleinerziehenden und Ehepaaren in Baden-Württemberg (2003-2007)

Alleinerziehende		2003	2005	2007
Anzahl der Kinder	1 Kind	19	30	28
	2 Kinder	30	34	27
	3 und mehr Kinder	(49)	50	(46)
mit Kindern im Alter von ...	unter 3 Jahren	55	(.)	59
	3 bis unter 6 Jahren	42	59	55
	6 bis unter 15 Jahren	31	45	37
	15 bis unter 18 Jahren	27	43	36
	unter 18 Jahren	32	44	39
Ehepaare		2003	2005	2007
Anzahl der Kinder	1 Kind	7	9	7
	2 Kinder	8	8	7
	3 und mehr Kinder	18	20	(18)
mit Kindern im Alter von ...	unter 3 Jahren	13	18	13
	3 bis unter 6 Jahren	11	14	10
	6 bis unter 15 Jahren	10	11	11
	15 bis unter 18 Jahren	13	12	11
	unter 18 Jahren	10	12	10

Anmerkung: Werte in Klammern sind aufgrund geringer Fallzahlen unsicher. Die Berechnungen orientieren sich am Landesmedian, der ausgewiesenen Armutsgefährdung liegt die 60 %-Schwelle zugrunde.

Quelle: Mikrozensus der jeweiligen Jahre, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Familien mit besonderer Armutsgefährdung: Alleinerziehende, kinderreiche Familien, ausländische Familien

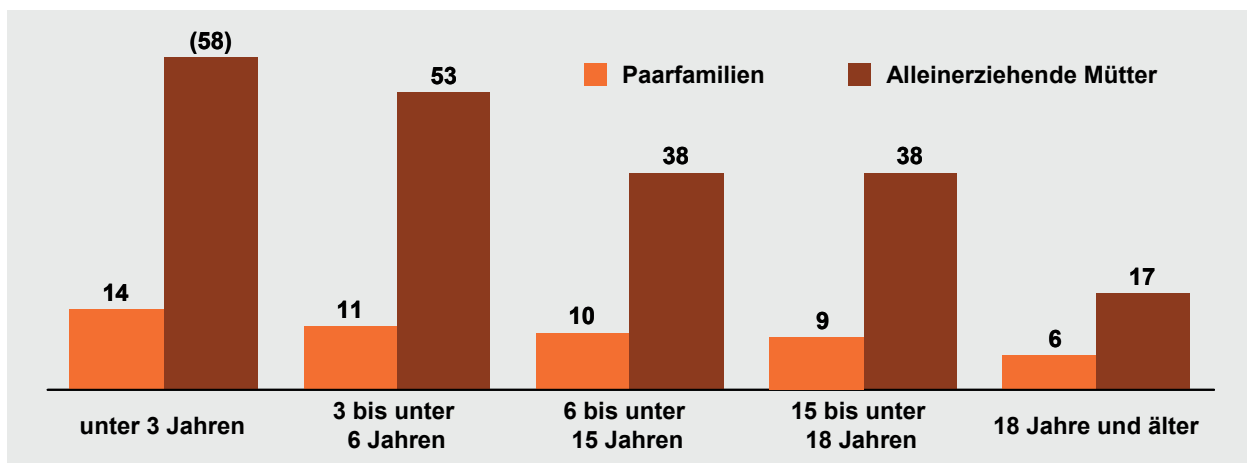
Familien sind nicht generell stärker armutsgefährdet als kinderlose Lebensformen, aber es gibt Familienphasen und -typen, die mit einer überdurchschnittlich hohen Armutsgefährdung behaftet sind. Legt man den Landesmedian zugrunde, dann liegt die durchschnittliche Armutsgefährdung aller Lebensformen in **Baden-Württemberg** bei 18 % und die von Familien bei 13 %. Paarfamilien (9 %) und kinderlose Paare (11 %) sind deutlich seltener armutsgefährdet als der Durchschnitt aller Lebensformen. Eine vergleichsweise hohe Armutsgefährdung zeigt sich bei Paaren mit 3 und mehr Kindern (19 %) und bei alleinerziehenden Frauen (31 %).¹⁷

¹⁷ Soweit nicht anders angegeben, orientieren sich die Berechnungen der Armutsgefährdung von Familien in Baden-Württemberg am durchschnittlichen gewichteten Pro-Kopf-Einkommen in Baden-Württemberg. Bei Vergleichen mit der Situation im Bundesgebiet wird das durchschnittliche gewichtete Pro-Kopf-Einkommen in Deutschland zugrunde gelegt. Dass die Armutsgefährdung von Familien in Baden-Württemberg gemessen am Landesmedian in der Regel höher ausfällt als wenn man den Bundesmedian zugrunde legt, hängt damit zusammen, dass das durchschnittliche Einkommen im Südwesten höher ist als in Deutschland. Dementsprechend höher liegen die Einkommensschwellen, unterhalb der die finanzielle Lage von Familien als prekär gilt. Auch das höhere Ausgabeniveau und die höhere Einkommensungleichheit in Baden-Württemberg wirken sich auf die Armutsgefährdungsquote aus.

Die Armutsgefährdungsquoten fallen niedriger aus, wenn man sich bei der Berechnung des Medianeinkommens nicht am Landes-, sondern am Bundesmedianeinkommen orientiert. In diesem Fall sind in **Baden-Württemberg** durchschnittlich 11 % aller Lebensformen armutsgefährdet (Familien 8 %), im **Bundesgebiet** sind es 14 % (Familien 13 %). Sowohl für Paarfamilien als auch für kinderlose Paare besteht in Baden-Württemberg eine Armutsgefährdungsquote von 6 % (bezogen auf den Bundesdurchschnitt). Bundesweit sind 9 % der Paarfamilien und 7 % der kinderlosen Paare armutsgefährdet. Kinderreiche Paarfamilien sind auf dieser Berechnungsgrundlage in Baden-Württemberg zu 12 % armutsgefährdet, in Deutschland sind es 18 %. Bundesweit leben 26 % der alleinerziehenden Mütter unterhalb der Armutsrisikoschwelle, in Baden-Württemberg sind es 21 % (gemessen am Bundesmedian).

Betrachtet man Familien nach dem Alter des jüngsten Kindes, so zeigt sich, dass die Armutsgefährdung mit höherem Alter des jüngsten Kindes sinkt. Dies gilt sowohl für Paarfamilien als auch für Alleinerziehende. Erst wenn das jüngste im Haushalt lebende Kind volljährig ist, sinkt die Armutsgefährdung von Paarfamilien unter den Durchschnitt aller Paare mit Kindern. Auch bei alleinerziehenden Müttern sinkt die Armutsgefährdung mit dem Alter des jüngsten Kindes. Durchschnittlich ist etwa ein Drittel der alleinerziehenden Mütter armutsgefährdet (31 %). Solange minderjährige Kinder im Haushalt leben, fällt die Armutsgefährdung jedoch deutlich höher aus.

Schaubild 3: Armutsgefährdung von Familien nach Alter des jüngsten Kindes in Baden-Württemberg (2007)



Anmerkung: Die Berechnungen orientieren sich am durchschnittlichen gewichteten Pro-Kopf-Einkommen von Baden-Württemberg. Der ausgewiesenen Armutsgefährdung liegt die 60 %-Schwelle zugrunde. Angaben in Prozent.

Quelle: Mikrozensus 2007, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Alleinerziehende

Nach Ergebnissen des UNICEF-Berichts zur Lage von Kindern in Deutschland (2008) werden Kinder von Alleinerziehenden deutlich häufiger in Familien mit Niedrigeinkommen hineingebo- ren, verbleiben länger in Armutsgefährdung und geraten auch wieder schneller in prekäre finan- zielle Lagen, wenn es ihnen gelungen ist, sie zu überwinden. Selbst wenn ein alleinerziehender Elternteil Vollzeit beschäftigt ist, leben nach dieser Studie mehr als zwei Drittel der Kinder bis zu ihrem 18. Geburtstag mindestens ein Jahr lang in Armutsgefährdung. 10 % der Kinder von Al- leinerziehenden leben in dauerhafter Armutsgefährdung, d.h. in mindestens 5 von 18 Jahren.

Wenn der alleinerziehende Elternteil nicht Vollzeit beschäftigt ist, besteht für nahezu ein Drittel der Kinder ein dauerhaftes Armutsrisiko.¹⁸

Alleinerziehende selbst sehen ihre größten Probleme in der finanziellen Situation und der sozialen Absicherung. Ihre Zufriedenheit mit den finanziellen Verhältnissen fällt deutlich schlechter aus als die Zufriedenheit mit den Lebensumständen insgesamt. Dies bestätigt eine im Auftrag des Bundesfamilienministeriums durchgeführte Allensbach-Studie zu Situation und Lebensumständen von Alleinerziehenden (2008).¹⁹

Alleinerziehende Mütter befinden sich deutlich häufiger in finanziell prekären Verhältnissen als alleinerziehende Väter. Sie finden sich in niedrigeren Wohlstandspositionen und tragen ein höheres Risiko, auf Hartz IV angewiesen zu sein als alleinerziehende Väter. Nicht nur im Hinblick auf die finanzielle Lage, sondern auch in Bezug auf die Erwerbsbeteiligung und Bildung bestehen zwischen alleinerziehenden Müttern und Vätern große Unterschiede.²⁰ Alleinerziehende Väter haben häufig weniger und ältere Kinder und sind auch eher erwerbstätig. Um diesen geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen, ist es notwendig, die Situation von alleinerziehenden Müttern und Vätern getrennt zu betrachten.

In **Baden-Württemberg** leben etwa 245 000 alleinerziehende Frauen und 46 000 alleinerziehende Männer²¹. Damit machen alleinerziehende Mütter etwa 84 % der Alleinerziehenden aus. Über die Armutsgefährdung alleinerziehender Väter im Südwesten liegen nur wenige Informationen vor, da ihre Anzahl so gering ist, dass auf der Basis des Mikrozensus kaum aussagekräftige Daten gewonnen werden können. Gemessen am Landesmedian ist etwa jede dritte alleinerziehende Mutter in Baden-Württemberg armutsgefährdet (31 %) und jeder achte Vater (13 %).²² Legt man den Berechnungen der Armutsgefährdungsquote in Baden-Württemberg das gesamtdeutsche durchschnittliche Einkommen zugrunde, so ist etwa ein Fünftel (21 %) der alleinerziehenden Mütter in Baden-Württemberg armutsgefährdet.²³ **Bundesweit** leben 26 % der alleinerziehenden Mütter und 14 % der alleinerziehenden Väter unterhalb der Armutsrisikoschwelle.

Alleinerziehende Mütter mit jüngeren Kindern sind besonders häufig armutsgefährdet. In **Baden-Württemberg** leben nahezu 60 % der alleinerziehenden Mütter unter 35 Jahren unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle. Im Alter von 35 bis unter 40 Jahren sind es etwa 40 %. Alleinerziehende Mütter mit Kindern unter 3 Jahren sind ebenfalls zu etwa 60 % armutsgefährdet.²⁴ Selbst wenn die Kinder schon im Kindergartenalter sind (3 bis unter 6 Jahre), leben noch mehr als die Hälfte der alleinerziehenden Mütter unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (53 %). Alleinerziehende Mütter mit 3 oder mehr Kindern sind ebenfalls besonders oft armutsgefährdet. In Baden-Württemberg ist es fast jede Zweite (47 %). Bezogen auf das bundesweit durch-

18 Fertig, M., Tamm, M., 2008, S. 159; Die Armutsgefährdungsschwelle liegt hier bei 50 % des Medians des Äquivalenzeinkommens.

19 BMFSFJ (Hrsg.), Monitor Familienforschung 15/2008

20 BMFSFJ (Hrsg.), Monitor Familienforschung 15/2008

21 Berücksichtigt wurden nur Personen mit Angaben zur Höhe des Einkommens.

22 Für alleinerziehende Väter ist der Aussagewert aufgrund geringer Fallzahlen eingeschränkt.

23 Für alleinerziehende Väter sind aufgrund geringer Fallzahlen keine Angaben möglich.

24 Für alleinerziehende Mütter mit Kindern unter 3 Jahren in Baden-Württemberg ist der Aussagewert aufgrund geringer Fallzahlen eingeschränkt.

schnittliche Pro-Kopf-Einkommen sind in Baden-Württemberg 33 % der Alleinerziehenden mit 3 oder mehr Kindern armutsgefährdet, im gesamten **Bundesgebiet** sind es 42 %.²⁵

Was ist die Haupteinkommensquelle alleinerziehender Mütter?

Von den alleinerziehenden Müttern in **Baden-Württemberg** bestreiten 65 % ihren Lebensunterhalt überwiegend aus eigener Erwerbstätigkeit, 21 % leben überwiegend von Leistungen aus Hartz IV oder von Arbeitslosengeld I. Unterhalt durch Dritte (Eltern oder anderer Elternteil des Kindes) stellt für etwa 7 % der Alleinerziehenden die Haupteinkommensquelle dar. Ein kleiner Teil der Alleinerziehenden lebt überwiegend von Renten oder Pensionen (4 %), 3 % finanzieren sich durch sonstige Unterstützungen oder Transferleistungen.²⁶ In **Deutschland** leben 57 % der alleinerziehenden Mütter überwiegend von ihrem Erwerbseinkommen, für etwa ein Drittel ist das Arbeitslosengeld I oder II die Haupteinkommensquelle.

Kinderreiche Familien

Nicht nur Alleinerziehende, sondern auch kinderreiche Paarfamilien sind von einer überdurchschnittlich hohen Armutsgefährdung betroffen. Bezogen auf den Landesmedian ist in Baden-Württemberg nahezu jede fünfte Paarfamilie mit 3 oder mehr Kindern armutsgefährdet (19 %). Legt man den Bundesmedian der Pro-Kopf-Einkommen zugrunde, dann sind in Baden-Württemberg 12 % der Paare mit 3 oder mehr Kindern armutsgefährdet, **bundesweit** sind es 18 %.

Ausländische Familien

Auch ausländische Familien gehören zu den Familien, deren Armutsrisiko überdurchschnittlich hoch ist.²⁷ Während in **Baden-Württemberg** jede zehnte deutsche Familie unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle lebt, betrifft dies 27 % der ausländischen Familien.²⁸ Besonders deutlich werden die Unterschiede, wenn man einzelne Lebensformen mit Kindern betrachtet. Von den deutschen Paaren mit Kindern sind in Baden-Württemberg 6 % armutsgefährdet, für die ausländischen Paarfamilien ist das Risiko viermal so hoch (24 %). Auch für alleinerziehende Mütter, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, ist die Armutsgefährdung mit 48 % deutlich höher als für deutsche (30%). Gemessen am Bundesmedian sind in Baden-Württemberg insgesamt 7 % der deutschen und 18 % der ausländischen Familien armutsgefährdet, im **Bundesgebiet** sind es 11 % der deutschen und 28 % der ausländischen Familien. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung nennt als Ursachen für die schwächere Einkommenssituation von Migrantinnen und Migranten fehlende schulische und berufliche Qualifikationen bzw. nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, etwaige Diskriminierungen durch Arbeitgeber, Sprachbarrieren, Branchenabhängigkeiten sowie Unterschiede im Erwerbsverhalten.²⁹

Die folgende Tabelle zeigt die Armutsgefährdung verschiedener Familientypen im Überblick:

25 Für alleinerziehende Frauen mit 3 oder mehr Kindern in Baden-Württemberg ist der Aussagewert aufgrund geringer Fallzahlen eingeschränkt.

26 Dazu gehören laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung, Hilfen in besonderen Lebenslagen, BAföG, Vorruhestandsgeld, Stipendium, Pflegeversicherung, Asylbewerberleistungen sowie Eltern- und Erziehungsgeld.

27 Als ausländische Familien wurden hier Familien gezählt, deren Bezugsperson nicht die deutsche Staatsangehörigkeit hat, andere migrationsspezifische Aspekte bleiben unberücksichtigt.

28 Diese Werte beziehen sich auf das durchschnittliche gewichtete Pro-Kopf-Einkommen in Baden-Württemberg.

29 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 155

Tabelle 3: Armutsgefährdete Familien in Baden-Württemberg und Deutschland nach Familientypen (2007)

Familientypen	Baden-Württemberg		Deutschland
	bezogen auf den Durchschnitt in Baden-Württemberg	bezogen auf den Durchschnitt von Deutschland	
	Armutsgefährdung in %		
Familien insgesamt	13	8	13
alleinerziehende Mütter insgesamt	31	21	26
alleinerziehende Mutter, 1 Kind	30	18	22
alleinerziehende Mutter, 2 Kinder	32	25	32
alleinerziehende Mutter, 3 und mehr Kinder	(47)	(33)	42
alleinerziehende Mutter mit Kindern unter 3 Jahren	(58)	(44)	48
alleinerziehende Mutter mit Kindern unter 18 Jahren	42	28	32
Paarfamilien insgesamt	9	6	9
Paarfamilie, 1 Kind	8	5	8
Paarfamilie, 2 Kinder	7	5	8
Paarfamilie, 3 und mehr Kinder	19	12	18
Paarfamilie mit Kindern unter 3 Jahren	14	8	13
Paarfamilie mit Kindern unter 18 Jahren	11	7	10
Familien nach Staatsangehörigkeit			
alleinerziehende Mutter, deutsch	30	19	24
alleinerziehende Mutter, ausländisch	48	33	42
Paarfamilie, deutsch	6	4	7
Paarfamilie, ausländisch	24	16	25

Anmerkung: Werte in Klammern sind aufgrund geringer Fallzahlen unsicher. Der ausgewiesenen Armutsgefährdung liegt die 60%-Schwelle zugrunde.

Quelle: Mikrozensus 2007, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Die größte Armutsgefährdung: Fehlende Erwerbsbeteiligung der Eltern

Untersuchungen zur Kinderarmut zeigen, dass Kinder in Familien, in denen kein Elternteil einer Erwerbstätigkeit nachgeht, mit Abstand am stärksten armutsgefährdet sind. **Bundesweit** sinkt mit der Aufnahme einer Vollzeitbeschäftigung durch mindestens ein Familienmitglied die Armutsgefährdung von Haushalten mit Kindern von 48 % auf 8 % bzw. 4 %.³⁰ Durch eine aktuelle Studie zur Armut von Kindern und Jugendlichen in Thüringen wurde jüngst bestätigt, dass der bedeutsamste Grund für die Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen die fehlende oder nicht ausreichende Erwerbsbeteiligung der Eltern ist. In Thüringen hat ein Kind oder ein Jugendlicher in einer Familie, in der beide Elternteile voll- oder teilzeiterwerbstätig sind, ein zehnfach geringeres Risiko, von Armut betroffen zu sein als Kinder oder Jugendliche in einem Haushalt, in dem nur ein Elternteil einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Für Familien, in denen kein

³⁰ BMFSFJ (Hrsg.) 2008, Eggen, B., 2008

Elternteil erwerbstätig ist, ist die Armutsgefährdung etwa dreimal höher als für Familien, in denen zumindest ein Elternteil erwerbstätig ist.³¹

In **Baden-Württemberg** sind in über der Hälfte der Paarfamilien beide Elternteile erwerbstätig (61 %).³² In den meisten dieser Familien arbeitet ein Elternteil Vollzeit und ein Elternteil Teilzeit (46 % aller Paarfamilien), in 15 % der Familien sind beide Partner Vollzeit erwerbstätig. Familien, in denen beide Eltern einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind äußerst selten armutsgefährdet. Lediglich 3 % der Familien in Baden-Württemberg, in denen ein Elternteil Vollzeit und einer Teilzeit arbeitet, sind davon betroffen. Familien mit nur einem Einkommen (31 % der Paarfamilien in Baden-Württemberg) hingegen unterliegen einer deutlich höheren Armutsgefährdung. Sie liegt bei 13 %, wenn der alleinverdienende Elternteil Vollzeit arbeitet und beträgt 33 % bei einer Teilzeiterwerbstätigkeit. Für alleinerziehende Mütter beträgt die Armutsgefährdung bei einer Vollzeiterwerbstätigkeit 15 % und bei einer Teilzeiterwerbstätigkeit 37 %. Alleinerziehende Mütter, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, sind in Baden-Württemberg zu 43 % armutsgefährdet.

Der bedeutendste Armutsrisikofaktor für Familien ist die fehlende Erwerbsbeteiligung der Eltern. Dabei reduziert nur eine Vollzeiterwerbstätigkeit das Armutsgefährdungspotenzial in erheblichem Ausmaß. Alleine die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit als solcher genügt in der Regel jedoch noch nicht, um die Schwelle der Armutsgefährdung zu übersteigen. Hierbei ist zu beachten, dass bei der Erwerbstätigkeit in **Deutschland** ein Rückgang von Vollzeit- zugunsten von Teilzeitbeschäftigung zu verzeichnen ist (insbesondere bei den Frauen) und daher nur geringeres Erwerbseinkommen erwirtschaftet werden kann. So sind nur etwas mehr als 20 % der „Aufstocker“ im Hartz-IV-Bezug in Vollzeit abhängig beschäftigt, knapp 80 % der so genannten „Aufstocker“ sind nur geringfügig oder in Teilzeit abhängig beschäftigt.³³ Ein weiterer Grund dafür, dass allein die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht ausreicht, um den Bereich der Armutsgefährdung zu verlassen, dürfte in der Zunahme selbstständiger Tätigkeiten und des Anteils der Beschäftigten im Niedriglohnbereich liegen. Eine Ursache hierfür ist in der Zunahme flexibler Beschäftigungsformen wie beispielsweise geringfügiger Beschäftigung und Leiharbeit zu sehen.³⁴

Unterschiedliche Strukturen der Erwerbsbeteiligung alleinerziehender Mütter in Ost und West

Analysen zur Armutsgefährdung von Kindern kommen zu dem Ergebnis, dass Kinder von alleinerziehenden Müttern in **Baden-Württemberg**, bezogen auf das durchschnittliche Einkommen aller Lebensformen in Baden-Württemberg, stärker armutsgefährdet sind als im Bundesgebiet. Während in Baden-Württemberg 34 % der Kinder mit alleinerziehenden Müttern in wirtschaftlich prekären Verhältnissen leben, sind es im **Westen Deutschlands** 29 % und im **Osten Deutschlands** 24 % (bezogen auf den Durchschnitt der jeweiligen regionalen Einheit, 2006).³⁵ Dieses Ergebnis mag zunächst erstaunen, vor allem, wenn man berücksichtigt, dass

31 Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.), 2008. Den Berechnungen zur Armut von Kindern und Jugendlichen in Thüringen liegen Auswertungen des SOEP 2007 zugrunde.

32 Paargemeinschaften mit im Haushalt lebenden Kindern

33 IAB-Kurzbericht 2/2009

34 s.a. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. IV

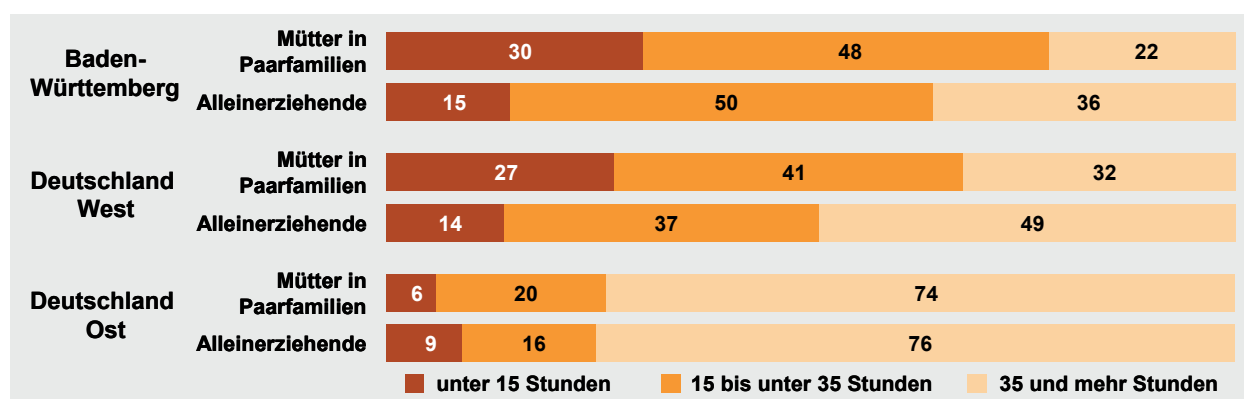
35 Eggen, B., 2008, S. 4, Wirtschaftlich prekäre Verhältnisse: Gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen der Familien, die weniger als 60 % vom mittleren (Median) gewichteten Pro-Kopf-Einkommen aller Lebensformen bezogen auf den

alleinerziehende Mütter in Baden-Württemberg deutlich häufiger einer Erwerbstätigkeit nachgehen (76 %) als im Bundesgebiet (67 %).³⁶ Legt man bei der Berechnung der Armutsgefährdung nicht den Landesmedian zugrunde, sondern das bundesdeutsche Medianeinkommen, dann relativiert sich die scheinbar höhere Armutsgefährdung von Kindern alleinerziehender Mütter in Baden-Württemberg. Gemessen am gewichteten Pro-Kopf-Einkommen aller Lebensformen in Deutschland sind in Baden-Württemberg 23 % der Kinder von Alleinerziehenden armutsgefährdet. Auf dieser Berechnungsgrundlage unterliegen Kinder alleinerziehender Mütter in Baden-Württemberg einer geringeren Armutsgefährdung als im Bundesgebiet (29 %).³⁷

Dennoch hat die Berechnung von Armutsgefährdungsquoten, die sich am Durchschnitt der jeweiligen regionalen Einheit orientiert, ihre Berechtigung, da nicht nur das Einkommen, sondern auch die Höhe der zum Lebensunterhalt notwendigen Ausgaben regional stark voneinander abweichen. So haben beispielsweise in Baden-Württemberg viele Familien deutlich höhere Mietkosten zu tragen als in den neuen Bundesländern. Womit könnte es also zusammenhängen, dass Kinder von Alleinerziehenden in Baden-Württemberg und im gesamten Westen Deutschlands stärker armutsgefährdet sind als im Osten Deutschlands, wenn man bei der Berechnung den Durchschnitt der jeweiligen regionalen Einheit zugrunde legt?

Im Hinblick auf die Armutsgefährdung ist es nicht nur ausschlaggebend, ob Alleinerziehende erwerbstätig sind, sondern auch in welchem Umfang. Die Strukturen der Erwerbsbeteiligung alleinerziehender Mütter unterscheiden sich in unterschiedlichen Regionen Deutschlands deutlich voneinander. Alleinerziehende in **Baden-Württemberg** sind zwar häufiger erwerbstätig als im Bundesdurchschnitt, aber sie sind es in deutlich geringerem Umfang. In Baden-Württemberg arbeiten 36 % der erwerbstätigen alleinerziehenden Mütter in Vollzeit, **bundesweit** geht etwa jede zweite einer Vollzeitbeschäftigung nach (54 %). Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Ost und West: In Ostdeutschland sind etwa drei Viertel der erwerbstätigen Alleinerziehenden in Vollzeit beschäftigt, im Westen sind es 49 %.³⁸

Schaubild 4: Umfang der Erwerbsbeteiligung von Müttern in Baden-Württemberg, Deutschland West und Deutschland Ost (2007)



Anmerkung: Angaben in Prozent, Abweichungen von 100 Prozent wegen Rundungen

Quelle: Mikrozensus 2007, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Durchschnitt der jeweiligen regionalen Einheit betragen.

36 alleinerziehende Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren mit Kindern unter 18 Jahren

37 Mikrozensus 2006

38 BMFSFJ (Hrsg.), Monitor Familienforschung 15/2008, S. 11

Der Anteil von erwerbstätigen Alleinerziehenden, die unter 15 Stunden in der Woche arbeiten, liegt in Baden-Württemberg bei 15 %, im Westen bei 14 % und im Osten Deutschlands bei 9 %. Die höhere Armutsgefährdung von Kindern alleinerziehender Mütter in Baden-Württemberg (gemessen am Landesmedianeinkommen) könnte demnach auch damit zusammenhängen, dass Alleinerziehende hier zwar häufiger, aber offensichtlich weniger umfangreich erwerbstätig sind als im Bundesgebiet und vor allem als im Osten Deutschlands. Die zeitlich deutlich umfassendere Erwerbstätigkeit alleinerziehender Mütter in Ostdeutschland dürfte auch mit dem dort besser ausgebauten Kinderbetreuungsangebot zu tun haben.³⁹ So wurden beispielsweise im März 2008 in Ostdeutschland 66 % der Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren ganztags außerhalb der Familie in Kinderkrippen und bei Tagesmüttern betreut und in Westdeutschland 22 %. Baden-Württemberg wies den geringsten Anteil an ganztags betreuten Kindern auf, hier wurde nur jedes zehnte Kind in dieser Altersgruppe mehr als 7 Stunden pro Tag außerhalb der Familie in Kinderkrippen und bei Tagesmüttern betreut.⁴⁰

Familien im Hartz IV-Bezug

Im Zuge des konjunkturellen Aufschwungs ist die absolute Zahl der Menschen, die Hartz IV beanspruchen, zwischen 2007 und 2008 zurückgegangen. Allerdings profitierten von diesem Rückgang Paarfamilien deutlich stärker als Alleinerziehende. Im Juli 2008 waren in **Baden-Württemberg** 52 010 Alleinerziehende auf Hartz IV angewiesen, das waren rund 2 % weniger als im Juli 2007 (52 878). Bei Paaren mit Kindern ging die Zahl der Hartz IV-Bezieher im Vergleich zum Vorjahr hingegen um 11 % zurück. Im Juli 2008 bezogen 40 126 Paare mit ihren minderjährigen Kindern Leistungen nach Hartz IV, ein Jahr zuvor waren es 44 955. Die Tendenz, dass Paare mit Kindern deutlich stärker vom konjunkturellen Aufschwung profitierten als Alleinerziehende, zeigt sich **bundesweit**. Hier nahmen 8,2 % weniger Paare mit Kindern Leistungen nach Hartz IV in Anspruch, bei den Alleinerziehenden waren es 0,4 %.⁴¹

Zwischen 2005 und 2007 hat sich das Hartz IV-Risiko für Familien sowohl in Baden-Württemberg als auch im gesamten Bundesgebiet kaum verändert. 2007 erhielten in Baden-Württemberg insgesamt etwa 51 900 Alleinerziehende und 42 400 Paare mit Kindern unter 18 Jahren Leistungen aus Hartz IV. Dies waren etwa 30 % der Alleinerziehenden und 4 % der Paare mit minderjährigen Kindern. Im Vergleich dazu waren es im Bundesgebiet etwa 42 % der Alleinerziehenden und 8 % der Paarfamilien.⁴²

39 s.a. Report Familien in Baden-Württemberg 2/2008

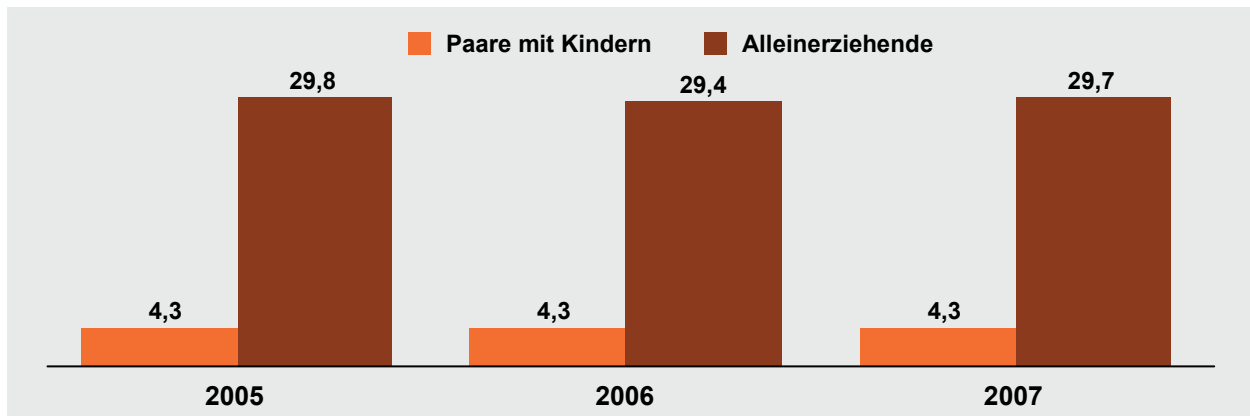
40 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Pressemitteilung Nr. 010 vom 9. Januar 2009,

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/01/PD09_010_225.templateId=renderPrint.psm!

41 Da für 2008 noch keine Auswertungen des Mikrozensus vorliegen, können für 2008 nur absolute Zahlen ausgewiesen werden.

42 Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II, Bundesagentur für Arbeit, Angaben für Dezember 2007, Mikrozensus 2007

Schaubild 5: Anteil der Alleinerziehenden und Paare mit Kindern im Hartz IV-Bezug in Baden-Württemberg (2005-2007)



Anmerkung: Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II: Angaben für Dezember des jeweiligen Jahres, Familien mit Kindern unter 18 Jahren, Angaben in Prozent

Quelle: Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II, Bundesagentur für Arbeit, Mikrozensus

Die Leistungen nach Hartz IV zielen darauf ab, das so genannte Existenzminimum zu sichern. Dieses ist von der Armutsgefährdungsschwelle (60 % des Medianeinkommens) zu unterscheiden. Etwa 70 % Familien, die Sozialleistungen⁴³ beziehen, leben in Baden-Württemberg unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (Landesmedian). Orientiert man sich am Bundesmedian, so betrifft dies die Hälfte der Familien im Sozialleistungsbezug in Baden-Württemberg (50 %), im Bundesgebiet sind es 56 %.⁴⁴

Von den Familien, die trotz Erwerbstätigkeit der Bezugsperson Sozialleistungen beziehen („Aufstocker“),⁴⁵ ist in Baden-Württemberg nahezu die Hälfte armutsgefährdet (48 % bezogen auf den Landesmedian). Legt man den Bundesmedian zugrunde, dann sind es 34 %.⁴⁶ Im Bundesgebiet leben 39 % der Aufstocker unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle.

Die finanziellen Einschränkungen werden von Hartz IV-Empfängerinnen und Empfängern häufig subjektiv als große Belastung empfunden. Nach einer aktuellen Befragung von Betroffenen in **Baden-Württemberg** leiden 90 % von ihnen sehr oder ziemlich stark darunter. Auch das Gefühl gesellschaftlicher Ausgrenzung spielt im Erleben von Hartz IV-Empfängerinnen und Empfängern eine große Rolle: 63 % der Befragten gaben an, darunter ziemlich stark oder sehr stark zu leiden.⁴⁷

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Armutsgefährdung von Familien in Abhängigkeit von der Erwerbsbeteiligung der Eltern:

43 Bezugsperson der Lebensgemeinschaft: Bezug von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Wohngeld und/oder Leistungen nach Hartz IV (ALG II, Sozialgeld)

44 Familien, die Hartz IV (ALG II oder Sozialgeld) beziehen, sind in Baden-Württemberg zu 75 % (Landesmedian) bzw. 54 % (Bundesmedian) armutsgefährdet, bundesweit sind es 59 %.

45 Überwiegender Lebensunterhalt der Bezugsperson aus Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosengeld I und zusätzlichem Bezug von sozialen Leistungen

46 Für die Berechnung der Werte für Baden-Württemberg auf der Grundlage des Bundesmedians ist der Aussagewert aufgrund geringer Fallzahlen eingeschränkt.

47 Ames, A., 2008

Tabelle 4: Armutsgefährdung von Familien nach Erwerbsbeteiligung der Eltern in Baden-Württemberg und Deutschland (2007)

Familientypen	Baden-Württemberg		Deutschland
	bezogen auf den Durchschnitt in Baden-Württemberg	bezogen auf den Durchschnitt von Deutschland	
	Armutsgefährdung in %		
Paarfamilien mit Kindern			
Alleinverdiener Vollzeit	13	7	10
Alleinverdiener Teilzeit	33	25	32
Vollzeit/Teilzeit	3	2	3
Vollzeit/Vollzeit	(5)	(4)	3
Bezieher von Sozialleistungen ¹⁾	69	54	59
darunter: Aufstocker ²⁾	(.)	(.)	39
Alleinerziehende Mütter			
Vollzeit	15	(9)	11
Teilzeit	37	25	25
nicht erwerbstätig	43	30	38
Bezieher von Sozialleistungen ¹⁾	66	43	52
darunter: Aufstocker ²⁾	(53)	(.)	40

1) Bezugsperson der Lebensgemeinschaft Bezug von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Wohngeld und/oder Leistungen nach Hartz IV (ALG II, Sozialgeld)

2) Überwiegender Lebensunterhalt der Bezugsperson der Lebensgemeinschaft aus Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosengeld I plus zusätzlich Bezug von sozialen Leistungen wie unter 1)

Anmerkung: Werte in Klammern sind aufgrund geringer Fallzahlen unsicher. Der ausgewiesenen Armutsgefährdung liegt die 60 %-Schwelle zugrunde.

Quelle: Mikrozensus 2007, Bevölkerung am Wohnsitz der Lebensgemeinschaft

Weiteres Armutsrisiko: Überschuldung

Überschuldung kann Familien ebenfalls in die Armut führen. Dies gilt insbesondere dann, wenn (ohne Beachtung der gesetzlichen Pfändungsfreigrenzen) das tatsächlich verfügbare Einkommen durch die Bemühungen, Schulden zu tilgen, unter die Armutsschwelle sinkt. Ein Privathaushalt gilt dann als überschuldet, wenn fällige Forderungen über einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung des Lebensstandards nicht aus Einkommen und Vermögen beglichen werden können.

Die bundesweite Überschuldungsstatistik liefert Anhaltspunkte für die Einschätzung der Überschuldungssituation von Familien. Da sie jedoch auf freiwilliger Basis durchgeführt wird und bei weitem nicht alle von Überschuldung betroffenen Personen eine Schuldnerberatungsstelle aufsuchen, ermöglicht sie nur Aussagen über einen Teil der Betroffenen. Ergebnisse der Überschuldungsstatistik 2007 zeigen, dass Arbeitslosigkeit am häufigsten zur Überschuldung (30 %) führt.⁴⁸ Weitere wichtige Faktoren sind kritische Lebensereignisse wie Trennung, Scheidung oder Tod eines Partners (14 %) sowie Erkrankung, Sucht oder Unfall (10 %).⁴⁹ Besonders Al-

48 Die Überschuldungsstatistik wird nach § 7 des Bundesstatistikgesetzes seit 2006 als freiwillige Erhebung bei den Schuldnerberatungsstellen durchgeführt.

49 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Pressemitteilung vom 21. Oktober 2008 – 393/08,

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/10/PD08_393_52411.te

leinlebende und Alleinerziehende sind häufig überschuldet. Etwa 16 % der 2007 erfassten Personen waren Alleinerziehende, wohingegen ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung bei rund 7 % lag. Über die Gesamtzahl der überschuldeten Familien in **Deutschland** liegen keine gesicherten Angaben vor, nach Expertenschätzungen gelten bundesweit etwa 3 Millionen Haushalte als überschuldet.⁵⁰ Auch darüber, wie viele Familien in Baden-Württemberg von Überschuldung betroffen sind, gibt es bislang keine verlässlichen Angaben, da 2006 lediglich 3 Beratungsstellen aus Baden-Württemberg ihre Daten für Auswertungen im Rahmen der Überschuldungsstatistik zur Verfügung stellten.⁵¹

Neben der Überschuldungsstatistik kann auch die Insolvenzstatistik Hinweise auf die Überschuldungssituation privater Haushalte geben. Seit 1999 haben zahlungsunfähige private Schuldner die Möglichkeit, mit der Durchführung eines solchen Verfahrens nach einer mindestens sechsjährigen Wohlverhaltensperiode die restlichen Schulden erlassen zu bekommen. Bis Ende September 2007 hatten in **Baden-Württemberg** 44 820 Personen das Verbraucherinsolvenzverfahren beantragt, in 91 % der Fälle wurde es auch eröffnet. Dies zeigt, dass auch im Südwesten Menschen in finanzielle Notlagen geraten, aus denen sie sich selbst nicht mehr befreien können.

Der gestiegenen Bedeutung der Überschuldung in der öffentlichen Wahrnehmung und im Recht ist durch ein ausreichendes Angebot von Beratungsangeboten zu begegnen. Dies gilt umso mehr, als das SGB II die Schuldnerberatung als sozialintegrative Eingliederungsleistung der Kommunen vorsieht und derzeit nicht selten Wartezeiten bestehen.⁵²

3. Einkommensungleichheit und Armutsgefährdung von Familien im internationalen Vergleich

Wie hoch ist die Armutsgefährdung von Familien im europäischen Vergleich?

Nach Ergebnissen aus LEBEN IN EUROPA 2007 (EU-SILC), der einzigen Datenquelle, die europäisch vergleichbare Ergebnisse über Armut und Lebensbedingungen bereitstellt, waren in Deutschland im Jahr 2007 etwa 12 % der Familien armutsgefährdet, in der Europäischen Union (EU-25) waren es 17 %.⁵³ Am geringsten war die Armutsgefährdung von Familien innerhalb der EU in Dänemark (8 %), Slowenien (9 %) sowie in Finnland und Schweden (je 10 %). In Griechenland und Italien war die Armutsgefährdung für Familien am höchsten. Nahezu jede vierte Familie war in diesen Ländern von Armut bedroht (je 23 %). Auch europaweit unterliegen Al-

[mplateId=renderPrint.psml](#)

50 Zur Überschuldungssituation privater Haushalte und Privatinsolvenzen auf Bundesebene s. a. Statistische Bundesamt (Hrsg.) Datenreport 2008, Kapitel 6 Private Haushalte – Einkommen, Ausgaben, Ausstattung, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2008PrivateHaushalte.property=file.pdf>

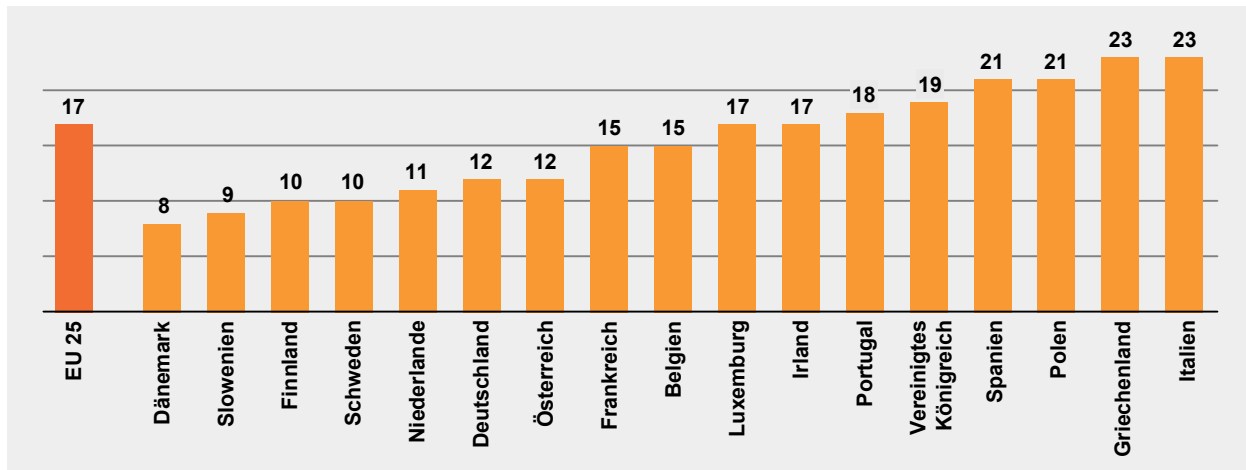
51 Ein Grund hierfür ist darin zu sehen, dass bislang nicht alle Beratungsstellen über eine zertifizierte Software mit einem geeigneten Statistikmodell verfügen oder diese nur selektiv nutzen. Auch eine zu enge personelle Ausstattung der Beratungsstellen führte dazu, dass sich Beratungsstellen nicht an der Überschuldungsstatistik beteiligten, da sie sich nicht in der Lage sahen, den notwendigen zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu betreiben. Zur Überschuldungssituation privater Haushalte in Baden-Württemberg s. Loidl-Stuppi, J., 2008

52 Infodienst der Diakonie 1/2009, S. 6, <http://www.diakonie-wuerttemberg.de/direkt/infodienst>

53 EU-SILC ermittelt EU-weit vergleichbare Daten über Armut und soziale Ausgrenzung. Dazu wurden in Deutschland 2006 rund 13 800 private Haushalte sowie rund 26 000 Personen ab 16 Jahren in diesen Haushalten befragt. Die Abweichungen zu Ergebnissen des Mikrozensus basieren auf unterschiedlichen Erhebungsmethoden.

leinerziehende und kinderreiche Familien einer vergleichsweise hohen Armutsgefährdung. Etwa ein Drittel der Alleinerziehenden (34 %) und ein Viertel der Paarfamilien mit 3 oder mehr Kindern (24 %) leben in Europa (EU-25) unterhalb der Armutsgefährdungsgrenze.

Schaubild 6: Armutsrisiken von Familien in ausgewählten EU-Ländern (2007)



Anmerkung: Haushalte mit abhängigen Kindern, Armutsgefährdungsgrenze 60 % des medianen Äquivalenzeinkommens nach Sozialleistungen, Wert für Deutschland und EU-25 vorläufig, Angaben in Prozent

Quelle: Eurostat, EU-SILC 2007

Familienleistungen und Sozialtransfers

Ohne staatliche Transferleistungen wären in Deutschland 31 % der Kinder und Jugendlichen armutsgefährdet, nach Sozialtransfers und Familienleistungen sind es 15 %.⁵⁴ Mit einer Reduzierung der Armutsgefährdung von Kindern um 53 % liegt Deutschland über dem EU-Durchschnitt. In der EU-25 wird die Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen durch staatliche Leistungen um insgesamt 44 % reduziert. Am deutlichsten wird die Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen in den skandinavischen Ländern Dänemark, Finnland und Schweden gesenkt (60 % oder mehr), am geringsten fällt die Reduzierung der Armutsgefährdung in Bulgarien, Griechenland und Spanien aus (unter 20 %).⁵⁵

Wie haben sich Einkommensungleichheit und Armutsgefährdung in Deutschland im internationalen Vergleich entwickelt?

Obwohl die Armutsgefährdung von Familien in Deutschland nach Ergebnissen von EU-SILC unter dem EU-Durchschnitt liegt und die Armutsgefährdung durch Familienleistungen und Sozialtransfers maßgeblich reduziert wird, gab es in den vergangenen Jahren einen deutlichen Anstieg der Einkommensungleichheit und der Armutsgefährdung in Deutschland.⁵⁶

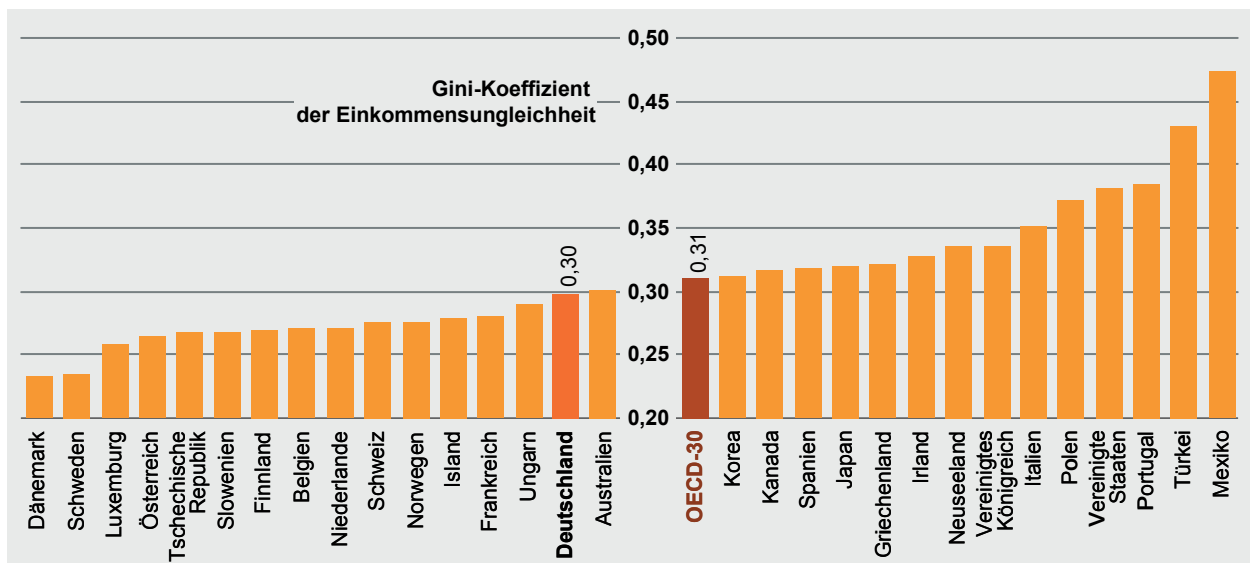
Die im Oktober 2008 vorgestellte OECD-Studie „Mehr Ungleichheit trotz Wachstum?“ belegt, dass die Einkommensunterschiede in Deutschland lange Zeit eher gering waren, mittlerweile aber fast das durchschnittliche OECD-Niveau erreicht haben (Gini-Koeffizient 0,30).⁵⁷

⁵⁴ Die Armutsgefährdungsquote der Gesamtbevölkerung in Deutschland reduzierte sich im Jahr 2005 von 26 % auf 13 %, vergl. S. 6

⁵⁵ Ergebnisse aus EU-SILC (2005), Einkommen aus dem Jahr 2004, Europäische Kommission (Hrsg.), 2008

⁵⁶ s.a. Datenreport 2008, S. 164, 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008, S. IV

⁵⁷ Der Gini-Koeffizient misst das Ausmaß der Einkommensungleichheit. Er kann beliebige Größen zwischen 0 und 1 annehmen, je näher der Wert bei 1 liegt, desto größer ist die Ungleichheit.

Schaubild 7: Einkommensungleichheit in OECD-Ländern (2005)

Anmerkung: Der Gini-Koeffizient kann beliebige Größen zwischen 0 und 1 annehmen, je näher der Wert bei 1 liegt, desto größer ist die Ungleichheit. Die Angaben für Japan und die Schweiz beziehen sich auf das Jahr 2000

Quelle: OECD 2008, eigene Darstellung

Besonders deutlich fiel der Anstieg der Einkommensungleichheit von 2000 bis 2005 aus, in keinem anderen OECD-Staat vergrößerten sich die Einkommensunterschiede in diesem Zeitraum so deutlich wie in Deutschland.⁵⁸

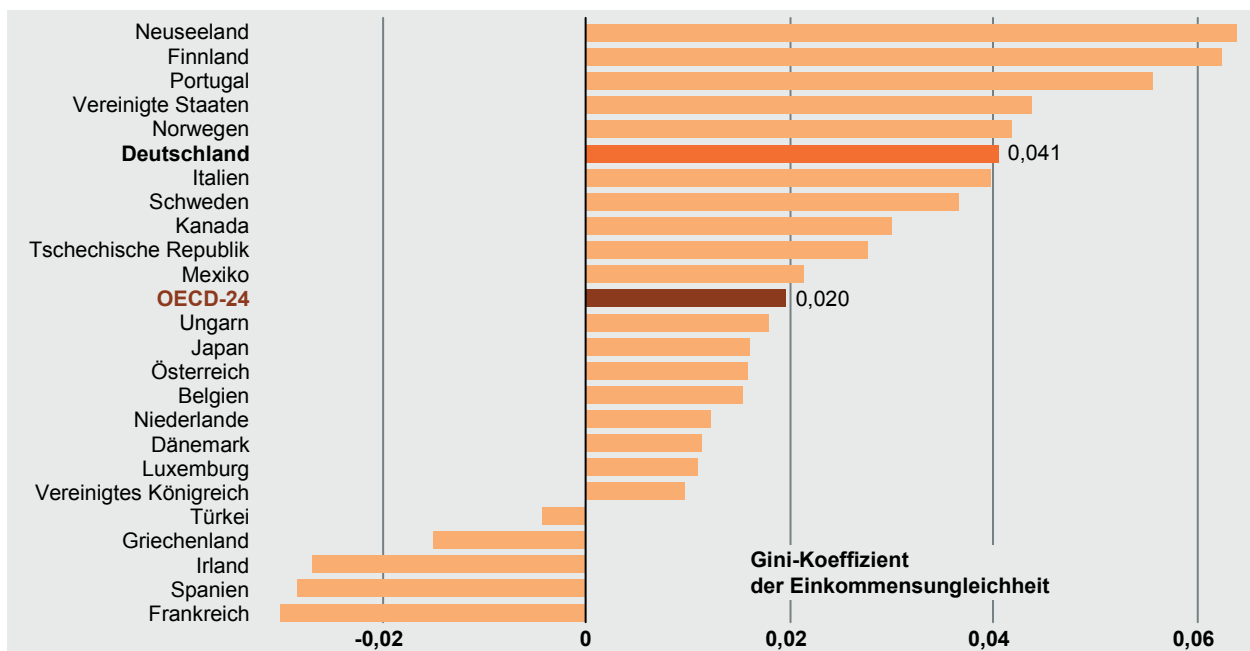
Für die gestiegene Ungleichheit in Deutschland sind nach der OECD-Studie in erster Linie Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt verantwortlich. Seit 1995 nahm die Spreizung der Gehälter in Deutschland deutlich zu, d.h. die sehr gut verdienenden Haushalte konnten einen vergleichsweise starken Einkommenszuwachs verzeichnen. Zugleich erhöhte sich die Anzahl der Haushalte ohne Erwerbseinkommen. Auch Veränderungen in den Haushaltsstrukturen wie beispielsweise die Zunahme von Alleinerziehenden und Single-Haushalten werden als ein Grund für die gestiegene Ungleichheit gesehen.

In zwei Drittel der OECD-Länder hat die Einkommensungleichheit von 1985 bis 2000 moderat zugenommen.⁵⁹ Am stärksten fiel diese Zunahme in Finnland, Norwegen und Schweden (auf einem relativ geringen Niveau) sowie in Deutschland, Italien, Neuseeland und den Vereinigten Staaten (auf einem höheren Niveau) aus. In einigen Staaten ging die Einkommensungleichheit im untersuchten Zeitraum zurück (Frankreich, Spanien, Irland, Griechenland, Türkei).⁶⁰

58 OECD (Hrsg.), Fact Sheet Deutschland, 2008, <http://www.oecd.org/dataoecd/3/28/41531752.pdf>

59 Nur in der Türkei, Mexiko, Irland, dem Vereinigten Königreich, Griechenland, den Niederlanden, Australien, Japan, Ungarn und in Luxemburg hat die Einkommensungleichheit zwischen 1995 und 2005 abgenommen.

60 Für Irland und Spanien liegen nur Daten bis 2000 vor.

Schaubild 8: Entwicklung der Einkommensungleichheit in den OECD-Staaten (1985-2005)

Anmerkung: Der Gini-Koeffizient kann beliebige Größen zwischen 0 und 1 annehmen, je näher der Wert bei 1 liegt, desto größer ist die Ungleichheit. Für Australien, Island, Korea, Polen, die Slowakei und die Schweiz liegen für den untersuchten Zeitraum keine aussagekräftigen Daten vor. Für einige andere Länder konnte nicht der gesamte Zeitraum berücksichtigt werden. Weitere Informationen: <http://dx.doi.org/10.1787/420558357243>

Quelle: OECD 2008, eigene Darstellung

Nicht nur die Ungleichheit, sondern auch die Armutsgefährdung nahm in der Vergangenheit in vielen OECD-Staaten zu.⁶¹ Die Armutsgefährdung in Deutschland entspricht mittlerweile dem OECD-Durchschnitt (2005). Gemessen an der Armutsgefährdungsschwelle von 50 % des Medianeinkommens sind sowohl in Deutschland als auch im Durchschnitt der OECD-30-Staaten 11 % der Bevölkerung armutsgefährdet (60 %-Schwelle; 17 %).⁶²

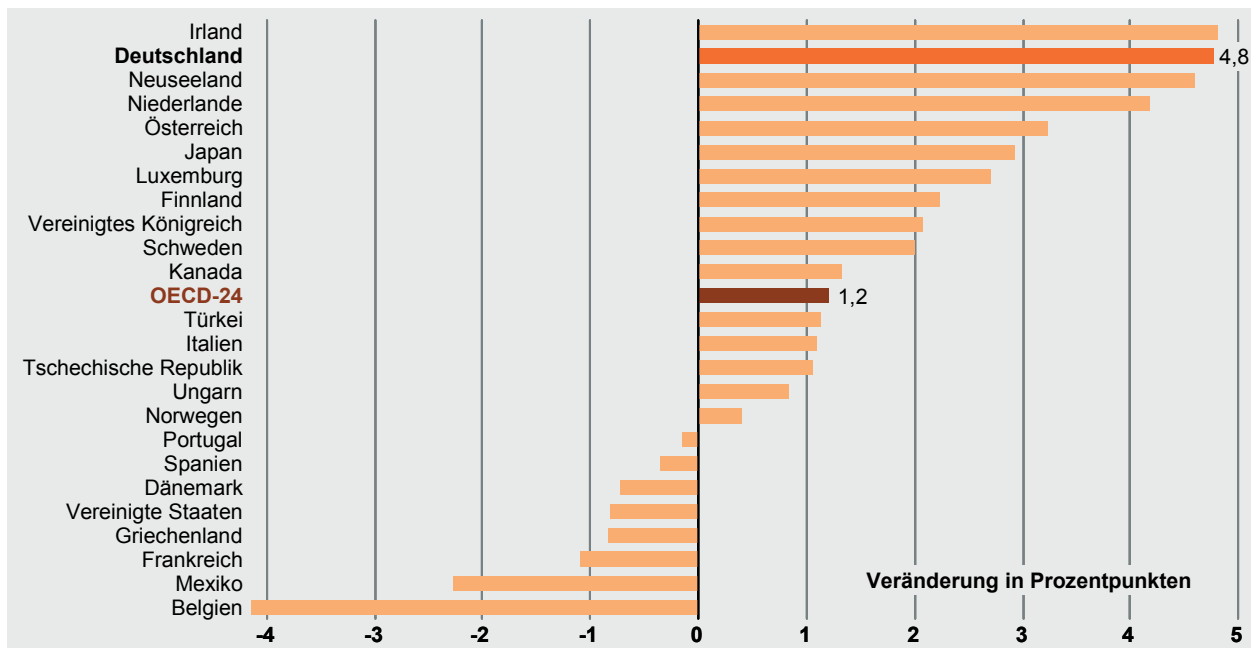
Deutschland gehört zu den OECD-Staaten, in denen die Armutsgefährdung am stärksten angestiegen ist. Zwischen 1985 und 2005 stieg die Armutsgefährdung um 4,8 Prozentpunkte (von 6 % auf 11 %). Im OECD-Durchschnitt ist im selben Zeitraum ein Anstieg um 1,2 Prozentpunkte zu beobachten. In nahezu allen OECD-Ländern waren von der Erhöhung der Armutsgefährdung in den vergangenen 20 Jahren vor allem Familien betroffen. Während die Armutsgefährdungsrate in Deutschland für die Gesamtbevölkerung von 6 % auf 11 % angewachsen ist, stieg die der Kinder von 7 % auf 16 %. Die Armutsgefährdungsquoten älterer Menschen blieben in diesem Zeitraum relativ stabil. Armutsgefährdung über einen längeren Zeitraum kommt in Deutschland vergleichsweise selten vor. Etwa 2 % bis 3 % der Bevölkerung sind in Deutschland dauerhaft armutsgefährdet, d.h. sie leben mindestens 3 Jahre lang unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle. Im OECD-Durchschnitt ist ihr Anteil ungefähr doppelt so groß.

61 Die Armutsschwelle liegt hier bei weniger als 50 % des Medianeinkommens.

62 OECD (Hrsg.), Growing Unequal?, 2008,

<http://ocde.p4.siteinternet.com/publications/doi/files/812008051P1G033.xls>

Schaubild 9: Entwicklung der relativen Einkommensarmut in den OECD-Staaten (1985-2005)



Anmerkung: Für Australien, Island, Korea, Polen, die Slowakei und die Schweiz liegen für den untersuchten Zeitraum keine aussagekräftigen Daten vor. Für einige andere Länder konnte nicht der gesamte Zeitraum berücksichtigt werden. Weitere Informationen: <http://dx.doi.org/10.1787/422076001267>

Quelle: OECD 2008, eigene Darstellung

Neuere Untersuchungen zeigen, dass sich der Anstieg der Armutsgefährdung auch 2006 fortgesetzt hat. Im Jahr 2007 ist die bundesweite Armutsquote erstmals seit der Jahrtausendwende wieder gesunken (von 18 % auf 16,5 %).⁶³ Ein Grund hierfür ist der konjunkturelle Aufschwung und der damit verbundene Rückgang der Arbeitslosigkeit. Ob und inwieweit der Trend zunehmender Einkommensungleichheit damit unterbrochen ist, erscheint jedoch fraglich. In Folge der Krise am Finanzmarkt und des wirtschaftlichen Abschwunges dürfte die Armutsgefährdungsquote wohl wieder größer werden und mit ihr auch die Einkommensungleichheit.⁶⁴

⁶³ Frick, J., Grabka, M., 2008

⁶⁴ siehe auch Schäfer, C., 2008

Datenquellen und Definitionen

Soweit nicht anders angegeben, liegt den Auswertungen der Mikrozensus 2007 zugrunde.

Familiennettoeinkommen

Im Mikrozensus wird das Familiennettoeinkommen als Summe aller Einkommen der Haushaltsmitglieder für den Berichtsmonat in Einkommensklassen erfasst. Zum monatlichen Nettoeinkommen einer Familie zählen neben den Erwerbseinkommen aller Familienmitglieder auch staatliche Unterstützungen wie Kindergeld, Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld sowie Einkünfte aus Vermögen. Abgezogen sind Steuern und Sozialversicherungsleistungen. Das Nettoeinkommen einer Familie entspricht dem Haushaltsnettoeinkommen, wenn keine weiteren verwandten oder nicht verwandten Personen im Haushalt leben.

Gewichtete Pro-Kopf-Einkommen

Um die ökonomische Situation von Familien angemessener beurteilen zu können, bedarf es zudem des so genannten gewichteten Pro-Kopf-Einkommens bzw. Äquivalenzeinkommens. Es berücksichtigt stärker als das Nettoeinkommen die unterschiedlichen Lebensformen, also Anzahl und Alter ihrer Mitglieder und deren unterschiedlichen Bedarf. Den berechneten Pro-Kopf-Einkommen liegen die Gewichte der modifizierten OECD-Skala zugrunde. Danach bekommt die erste Person das Gewicht 1, jede weitere Personen im Alter von 15 Jahren oder mehr wird mit dem Faktor 0,5 gewichtet, jede weitere Personen unter 15 Jahren mit dem Faktor 0,3. Ein kinderloses Ehepaar erhält damit das Gewicht 1,5. Sein Nettoeinkommen wird also nicht durch 2, sondern durch 1,5 geteilt. Eine vierköpfige Familie mit zwei Kindern unter 10 Jahren erhält das Gewicht 2,1. Ihr Nettoeinkommen wird nun durch 2,1 statt durch 4 geteilt. In der Wissenschaft werden unterschiedliche Äquivalenzskalen verwendet, die sich unter anderem dadurch unterscheiden, dass sie den unterschiedlichen Bedarf durch Kinder unterschiedlich hoch ansetzen.

Wohlstandspositionen

Relative Wohlstandspositionen beschreiben Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Lebensformen. Sie veranschaulichen die Abweichungen der durchschnittlichen Einkommen (Median) einzelner Lebensformen vom durchschnittlichen Einkommen aller Lebensformen (einschließlich kinderloser Paare und alleinstehender Personen). Dabei wird das gewichtete Pro-Kopf-Einkommen aller Lebensformen gleich 100 % gesetzt.

Niedrigeinkommen und höhere Einkommen

Familien verfügen über ein Niedrigeinkommen und gelten damit als armutsgefährdet, sofern ihr Einkommen weniger als 60 % des durchschnittlichen gewichteten Pro-Kopf-Einkommens (Median) aller Lebensformen beträgt. Familien verfügen über ein höheres Einkommen, sofern ihr Pro-Kopf-Einkommen mehr als das Doppelte des durchschnittlichen Einkommens aller Lebensformen beträgt.

Literatur

Ames, A.: Hartz IV in Baden-Württemberg (Kurzfassung) – Die Erfahrungen der Betroffenen mit der Umsetzung und den Auswirkungen des SGB II, Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll, 2008, <http://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/08-11-Ames.pdf>

Bertram, H. (Hrsg.): Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland, München 2008, Kurzzusammenfassung wichtiger Ergebnisse, <http://www.unicef.de/5497.html>

BMFSFJ (Hrsg.): Monitor Familienforschung; Alleinerziehende in Deutschland: Potenziale, Lebenssituationen und Unterstützungsbedarfe, Ausgabe 15/2008, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Newsletter/Monitor-Familienforschung/2008-04/medien/monitor-2008-04.property=pdf.bereich=sprache=de.rwb=true.pdf>

BMFSFJ (Hrsg.): Dossier: Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2008, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Dossier-Kinderarmut.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf>

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Bedarfsgemeinschaften im SGB II 2005 – Beachtliche Dynamik bei steigenden Empfängerzahlen, Ausgabe Nr. 23/2006, <http://doku.iab.de/kurzber/2006/kb2306.pdf>

Bundesregierung (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland, 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, http://www.bmas.de/coremedia/generator/26742/property=pdf/dritter_armuts_und_reichtumsbericht.pdf

Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Alleinerziehende – Am Arbeitsmarkt alleingelassen, Arbeitsmarkt aktuell 11/2008, http://www.dgb.de/2008/12/02_alleinerziehende_am_arbeitsmarkt_alleingelassen/

Eggen, B./Strantz, C.: Luxus Familie? Wie viel sich jemand leistet, der sich Familie leistet, in: Statistisches Monatsheft 6/2007, S. 21-26, http://www.statistik-bw.de/veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag07_06_05.pdf

Eggen, B.: Die ökonomische Situation von Familien in Deutschland und seinen Ländern, Expertise zum 7. Familienbericht der Bundesregierung, Stuttgart, 2005

Eggen, B.: Kinderarmut – auch in Baden-Württemberg?, in: Statistisches Monatsheft 6/2008, S. 3-9, http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag08_06_01.pdf

Eggen, B.: Alleinerziehende - Vielfalt einer Lebensform, in: Statistisches Monatsheft 6/2005, S. 3-9, http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag05_06_03.pdf

Europäische Kommission (Hrsg.): Child poverty and well-being in the EU – current status and way forward, 2008, http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2008/ke3008251_en.pdf

Fertig, M., Tamm, M.: Die Verweildauer von Kindern in prekären Lebenslagen, in: Bertram, H. (Hrsg.): Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland, München 2008

Frick, J., Grabka, M.: Niedrigere Arbeitslosigkeit sorgt für weniger Armutsrisiko und Ungleichheit, in: DIW Berlin (Hrsg.), Wochenbericht Nr. 38/2008, 75. Jahrgang, S. 556-566, <http://www.diw-berlin.de/documents/publikationen/73/88784/08-38-3.pdf>

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.): IAB-Kurzbericht 2/2009, Bedarfsgemeinschaften im SGB II – Warum Aufstocker trotz Arbeit bedürftig bleiben, <http://doku.iab.de/kurzber/2009/kb0209.pdf>

ISS (Hrsg.): INFOBÖRSE „Teilhabe und Soziale Integration“ Abschluss- und Ergebnisbericht, http://www.bmas.de/coremedia/generator/19790/property=pdf/forschungsprojekt_A364.pdf

Loidl-Stuppi, J.: Überschuldung privater Haushalte: Kein Thema in Baden-Württemberg? Werkstattbericht zur Überschuldungsstatistik, in: Statistisches Monatsheft 4/2008, S. 3-6, http://www.infodienst-schuldnerberatung.de/themen/schuldnerberatungstag_dww/Beitrag08_04_01.pdf

OECD (Hrsg.): Mehr Ungleichheit trotz Wachstum? Einkommensungleichheit und Armut in OECD-Ländern, Zusammenfassung in Deutsch, 2008, <http://www.oecd.org/dataoecd/45/26/41525363.pdf>

OECD (Hrsg.): Growing Unequal? Income distribution and poverty in the OECD countries, 2008

Schäfer, C.: Anhaltende Verteilungsdramatik – WSI-Verteilungsbericht 2008, in: WSI Mitteilungen 11+12/2008, http://www.boeckler.de/pdf/wsimit_2008_11_schaefer.pdf

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Familienbericht 2004, <http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Fafo/fafoFB04.asp>

Statistisches Bundesamt (Destatis), Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.): Datenreport 2008: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn 2008, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2008,property=file.pdf>

Strantz, C.: Zur Armutssituation von Familien in Deutschland, in: Statistisches Monatsheft 3/2006, S. 14-16, http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag06_03_03.pdf

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Armut von Kindern und Jugendlichen in Thüringen, 2008 http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/aktuell/kinderarmut_2008090-02.pdf

Volkert, J.: Armut und Reichtum in Deutschland - Eine kritische Betrachtung der „Einkommensarmut“, in: Statistisches Monatsheft 1/2008, S. 41-44, http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag08_01_09.pdf

Impressum

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg

Hans Frisch
Schellingstr. 15
70174 Stuttgart

Tel: 0711-123-0
Fax: 0711-123-39 99

Internet: www.sozialministerium-bw.de

Redaktion und Gestaltung:

FaFo FamilienForschung Baden-Württemberg

Erich Stutzer, Dr. Stephanie Saleth
Böblinger Straße 68
70199 Stuttgart

Internet: www.fafo-bw.de

Titelbild:

FaFo FamilienForschung Baden-Württemberg

Lebenslagen in Deutschland

Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

Lebenslagen in Deutschland

Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

B e r i c h t

Gliederung

Teil A:	Kurzfassung.....	I
I.	Anspruch an eine sozial gerechte Politik.....	I
II.	Verbesserte gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen: Aufschwung und mehr Beschäftigung	II
III.	Kernaussagen.....	IV
IV.	Verwirklichungschancen eröffnen – Mindestsicherung gewährleisten	VI
IV.1	Beschäftigungsaufschwung kommt bei allen an.....	VI
IV.2	Sozialtransfers verringern Armutsrisiken	VIII
IV.3	Mindestsicherung weiterhin gewährleisten	XIV
IV.4	Reichtumsaspekte: Einkommen und Vermögen zusammen betrachtet	XVI
IV.5	Bildungsbeteiligung ist gestiegen und muss weiter steigen	XVII
IV.6	Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern – benachteiligte Kinder fördern	XXI
IV.7	Nachhaltige Gesundheits- und Pflegepolitik weiterentwickeln.....	XXIV
IV.8	Wohnbedingungen weiter verbessert – Wohnungslosigkeit reduziert .	XXVI
IV.9	Bürgerschaftliches Engagement und Integration stärken.....	XXIX
V.	Schlussfolgerung für eine konzertierte Politik der Armutsbekämpfung	XXXII

Teil B:	Einleitung	1
Teil C:	Entwicklungen und Herausforderungen	7
	Teilhabeformen.....	7
I.	Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Entwicklungen	7
II.	Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung	11
II.1	Einkommen und Vermögen	11
II.1.1	Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter	11
II.1.2	Wirkung des Steuer- und Transfersystems.....	14
II.1.3	Einkommensentwicklung der Haushalte	17
II.1.4	Risiko der Einkommensarmut	20
II.1.5	Reichtumsaspekte	27
II.1.5.1	Wahrnehmung von Reichtum in der Bevölkerung und Rekrutierung und Entlohnung von Spitzenmanagern.....	27
II.1.5.2	Integrierte Analyse von Einkommen und Vermögen.....	31
II.1.6	Zukünftige Einkommens- und Vermögenssituation im Alter	35
II.1.6.1	Risikopotenziale niedriger Alterseinkommen	35
II.1.6.2	Zukünftige Vermögenssituation im Alter	37
II.2	Mindestsicherung	39
II.2.1	Ausgangssituation	39
II.2.2	Sozialhilfe – SGB XII	39
II.2.2.1	Kreis der Anspruchsberechtigten.....	39
II.2.2.2	Hilfe zum Lebensunterhalt – eine Absicherung des soziokulturellen Existenzminimums	40
II.2.2.3	Regelsatzbemessung	41
II.2.2.4	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	41
II.2.2.5	Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII (ehemalige Hilfe in besonderen Lebenslagen)	44
II.2.3	Grundsicherung für Arbeitsuchende – SGB II.....	46
II.2.3.1	Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts.....	46
II.2.3.2	Freibeträge	47
II.2.4	Asylbewerber	48

II.3	Überschuldung.....	49
II.3.1	Überschuldung privater Haushalte – ein Armutsrisiko	49
II.3.2	Entwicklung der Überschuldung	49
II.3.3	Ursachen und Auslöser von Überschuldung.....	50
II.3.4	Merkmale gefährdeter Personen	52
II.3.5	Auswirkungen von Überschuldung auf die Betroffenen	53
II.3.6	Prävention und Bewältigung von Überschuldung	54
II.4	Zusammenfassung: Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung.....	55
III.	Bildungschancen	58
III.1	Junge Menschen ohne Abschluss der Sekundarstufe II	58
III.1.1	Junge Menschen mit Abschluss der Sekundarstufe I	60
III.1.2	Junge Menschen ohne allgemeinen und beruflichen Abschluss	61
III.2	Personen ohne beruflichen Abschluss bzw. Hochschulabschluss insgesamt	62
III.3	Personen mit Hochschulabschluss	64
III.4	Bevölkerung nach Erwerbsstatus und beruflichem Abschluss	65
III.5	Bildungserfolg, Bildungsbeteiligung und sozioökonomischer Hintergrund	66
III.6	Anteil öffentlicher Bildungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt	69
III.7	Zusammenfassung: Bildungschancen	70
IV.	Erwerbstätigkeit	71
IV.1	Entwicklung der Erwerbstätigkeit	71
IV.1.1	Erwerbstätigenquoten	71
IV.1.2	Mehr Selbständige sowie geringfügig und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	73
IV.1.3	Entwicklung des Anteils der Niedriglohnbezieher	75
IV.2	Entwicklung der Arbeitslosigkeit	77
IV.2.1	Entwicklung bis 2005	77
IV.2.2	Entwicklung seit 2006	79
IV.3	Arbeitslosigkeit und Bezug von Arbeitslosengeld II	82
IV.3.1	Arbeitslosigkeit und Armut	82
IV.3.2	Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld II	82

IV.4	Zusammenfassung: Erwerbstätigkeit.....	86
V.	Familie und Kinder	87
V.1	Familie heute	87
V.2	Familie als Ressource für individuelle Potenziale von Kindern	88
V.3	Familien und ihre Ressourcen im Lebensverlauf	89
V.3.1	Einkommen von Familienhaushalten	90
V.3.2	Familie und Erwerbstätigkeit.....	94
V.3.3	Kindertagesbetreuung und frühkindliche Förderung	97
V.3.4	Konsum und soziale Teilhabe.....	98
V.3.5	Zeit und soziale Ressourcen	99
V.3.6	Regionale Gegebenheiten und Wohnumfeld	99
V.4	Zusammenfassung: Familie und Kinder.....	101
VI.	Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit	102
VI.1	Lebenslagen und gesundheitliche Situation.....	102
VI.1.1	Arbeitsumfeld und Gesundheit.....	103
VI.1.2	Einkommenslage und Gesundheit	104
VI.1.3	Gesundheitliche Ausgrenzungsrisiken ausgewählter Bevölkerungsgruppen	106
VI.1.3.1	Gesundheitliche Situation von Arbeitslosen.....	106
VI.1.3.2	Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen	107
VI.1.3.3	Gesundheit von Alleinerziehenden	109
VI.1.3.4	Gesundheit im höheren Lebensalter.....	109
VI.1.4	Zeitliche Entwicklungen	110
VI.2	Soziale Lage von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.....	111
VI.3	Zusammenfassung: Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit	115
VII.	Wohnen	116
VII.1	Allgemeine Versorgungssituation mit Wohnraum	116
VII.2	Einkommensschwache Haushalte	118
VII.2.1	Mietbelastung	118
VII.2.2	Transferleistungsbezieher 2006	120
VII.2.3	Qualitative und quantitative Wohnungsversorgung	121

VII.3	Wohnungsversorgung und Mietbelastung einkommensstarker Haushalte.....	123
VII.4	Sozialräumliche Segregation in den Städten	124
VII.5	Zusammenfassung: Wohnen.....	125
VIII.	Politische und gesellschaftliche Partizipation	126
VIII.1	Gestaltung gesellschaftlicher Lebensverhältnisse	126
VIII.2	Armut und Reichtum an politischen Teilhabechancen	128
VIII.3	Personen mit Migrationshintergrund.....	131
VIII.4	Soziale und kulturelle Partizipation – Gemeinschaftsaktivität und bürgerschaftliches Engagement	132
VIII.5	Zusammenfassung: Politische und gesellschaftliche Partizipation.....	136
	Lebenslagen ausgewählter Gruppen	137
IX.	Menschen mit Migrationshintergrund	137
IX.1	Zusammensetzung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	137
IX.2	Einkommen und Armutsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund.....	139
IX.3	Bildungschancen	142
IX.3.1	Schulbesuch	142
IX.3.2	Schulabschlüsse	142
IX.3.3	Menschen ohne Schulabschluss	144
IX.3.4	Berufliche Ausbildung	144
IX.4	Arbeitsmarkt und Zugang zu Erwerbstätigkeit	146
IX.4.1	Erwerbstätigenquoten	146
IX.4.2	Arbeitslosigkeit.....	148
IX.5	Inanspruchnahme von Transferleistungen	148
IX.6	Familie als Integrationsfaktor	150
IX.7	Gesundheitszustand und Wohnsituation	151
IX.8	Situation von Personen, die sich unerlaubt in Deutschland aufhalten	153
IX.9	Zusammenfassung: Lebenslagen von Personen mit Migrationshintergrund.....	155

X.	Menschen mit Behinderungen	156
X.1	Zusammensetzung der Personengruppe	156
X.2	Bildungschancen	157
X.2.1	Schulische Bildung	157
X.2.2	Berufliche Ausbildung	158
X.3	Teilhabe am Arbeitsleben	159
X.3.1	Beschäftigungssituation	160
X.3.2	Arbeitslosigkeit.....	161
X.4	Finanzielle Situation von behinderten Menschen.....	162
X.5	Zusammenfassung: Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen	164
XI.	Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen.....	165
XI.1	Wohnungslose	165
XI.2	Leben auf der Straße – Kinder und Jugendliche am Rande der Gesellschaft	169
XI.3	Straffällige und ihre Armutsgefährdung.....	169
XI.4	Suchtkrankheit und Armutsrisiken	171
XI.5	Opfer häuslicher Gewalt.....	172
XI.6	AIDS-Erkrankung und Armutsrisiko	172
XI.7	Zusammenfassung: Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen	173

Teil D:	Stärkung von Teilhabe und sozialer Integration – Maßnahmen der Bundesregierung	175
	Teilhabeformen.....	175
II.	Maßnahmen gegen monetäre Armut	175
II.1	Maßnahmen für auskömmliche Einkommen und den Vermögensaufbau.....	175
II.1.1	Maßnahmen zur Einkommensverbesserung	175
II.1.1.1	Mindestlöhne	175
II.1.1.2	Verbesserte Hinzuverdienstmöglichkeiten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende	176
II.1.1.3	Nachhaltige Sicherung des Alterseinkommens	176
II.1.1.4	Sozial gerechte Steuerpolitik	177
II.1.1.5	Transferleistungen	178
II.1.2	Vermögensaufbau	178
II.1.2.1	Maßnahmen zur finanziellen Allgemeinbildung: Wissen und Kenntnis über Fördermaßnahmen und gute Geldanlageprodukte	178
II.1.2.2	Notwendigkeit und hohe Akzeptanz zusätzlicher Altersvorsorge	179
II.2	Armutsbekämpfung durch Mindestsicherung	180
II.3	Überschuldeten Privathaushalten helfen – Überschuldung vorbeugen und beseitigen	181
II.3.1	Verbraucherinsolvenz	182
II.3.2	Pfändungsfreies Girokonto	182
II.3.3	Verschärfte Prüfung der Kreditwürdigkeit	182
II.3.4	Stärkung der Schuldnerberatungsstellen.....	182
II.3.5	Überschuldungsstatistik.....	184
II.3.6	Online-Ratgeber und Weiterbildungsmaterial.....	184
II.4	Zusammenfassung: Maßnahmen gegen monetäre Armut.....	185
III.	Bildung als Schlüssel für Teilhabe und Integration	187
III.1	Zusammenwirken in der Bildungspolitik.....	187
III.2	Bildungsforschung.....	187
III.3	Qualifizierungsinitiative für Deutschland.....	188
III.4	Mehr Bildungschancen für Kinder unter sechs Jahren	188

III.5	Fördern und Fordern im Schulalter.....	189
III.6	Übergänge in die berufliche Ausbildung sichern	190
III.7	Erleichterung des Übergangs in die Hochschule	194
III.8	Lebenslanges Lernen/Weiterbildung	195
III.9	Zusammenfassung: Bildung als Schlüssel für Teilhabe und Integration	198
IV.	Förderung der Erwerbstätigkeit.....	199
IV.1	Verbesserte Rahmenbedingungen für Wachstum und Beschäftigung	199
IV.2	Weiterentwicklung von Arbeitnehmer-Entsendegesetz und Mindestarbeitsbedingungengesetz.....	200
IV.3	Allgemeine Maßnahmen zur Integration in den Arbeitsmarkt	200
IV.4	Evaluation der Arbeitsmarktpolitik	202
IV.5	Verbesserung der Perspektiven für Langzeitarbeitslose mit besonderen Vermittlungshemmnissen.....	203
IV.6	Besondere Aktivitäten für Jugendliche und Ältere	204
IV.7	Zusammenfassung: Förderung der Erwerbstätigkeit	207
V.	Familienpolitisches Konzept gegen Armutsrisiken von Familien und Kindern.....	208
V.1	Wirkungsorientierte Steuerung der nachhaltigen Familienpolitik	208
V.2	Finanzielle Leistungen für Familien wirksamer gestalten – Kinderarmut bekämpfen.....	209
V.2.1	Einführung und Evaluation des Elterngeldes	210
V.2.2	Weiterentwicklung des Kinderzuschlags.....	210
V.2.3	Mehr Geld für Familien mit Kindern	211
V.3	Frühe Bildung fördern und Infrastruktur ausbauen	211
V.3.1	Ausbau der Kinderbetreuung bis 2013 und Arbeitsförderung.....	211
V.3.2	Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung.....	213
V.3.3	Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme gegen Vernachlässigung	213
V.3.4	Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010	214
V.4	Berufliche und soziale Integration von Jugendlichen verbessern	214

V.5	Zusammenfassung: Familienpolitisches Konzept gegen Armutsrisiken von Eltern und Kindern	215
VI.	Gesundes Leben – Basis für Teilhabe.....	217
VI.1	Verbesserungen der Gesundheitsreform 2004 für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.....	217
VI.2	Verbesserungen der Gesundheitsreform 2007	218
VI.3	Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	219
VI.4	Kinder und Jugendliche	221
VI.5	Qualität der Pflege sichern – Pflegeversicherung an gewandelte Bedürfnisse anpassen	221
VI.6	Maßnahmen der Ernährungs- und Bewegungsbildung	223
VI.7	Zusammenfassung: Gesundes Leben – Basis für Teilhabe	224
VII.	Wohnen	225
VII.1	Wirtschaftliche Absicherung des Wohnens	225
VII.2	Anpassung des Wohngeldes zum 1. Januar 2009	226
VII.3	Programm Soziale Stadt.....	227
VII.4	Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG)	229
VII.5	Zusammenfassung: Wohnbedingungen weiter verbessert.....	231
VIII.	Verbreiterung der politischen und gesellschaftlichen Partizipation	232
VIII.1	Stärkung der Partizipation benachteiligter junger Menschen in Freiwilligendiensten	233
VIII.2	Zivildienst als Auslöser und Verstärker sozialer Tätigkeit	234
VIII.3	Gesellschaftspolitisches Engagement junger Menschen.....	234
VIII.4	Politische und bürgerschaftliche Partizipation von Zuwanderern.....	236
VIII.5	Zusammenfassung: Verbreiterung der politischen und gesellschaftlichen Partizipation	237

Maßnahmen für ausgewählte Gruppen	238
IX. Maßnahmen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund	238
IX.1 Integrationsprogramm und Nationaler Integrationsplan (NIP)	238
IX.2 Integrationskurse und Migrationsberatung.....	239
IX.3 Projektförderung zur sozialen und gesellschaftlichen Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern	240
IX.4 Berufliche Integration.....	241
IX.5 Integration von Familien und Kindern	243
IX.6 Zusammenfassung: Maßnahmen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund.....	245
X. Selbstbestimmte Teilhabe behinderter Menschen fördern	246
X.1 Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes.....	246
X.2 Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen.....	246
X.3 Die selbstbestimmte Teilhabe behinderter Frauen stärken.....	247
X.4 Integrierte schulische und vorschulische Förderung	248
X.5 Berufliche Integration intensivieren.....	248
X.5.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	248
X.5.2 Initiativen „job – Jobs ohne Barrieren“ und „Job4000“	249
X.6 Förderung der Inanspruchnahme Persönlicher Budgets	250
X.7 Verstärkte Forschung und Information zu Behinderung im Alter.....	252
X.8 Barrierefreiheit als Grundvoraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe fördern	252
X.9 Zusammenfassung: Die selbstbestimmte Teilhabe behinderter Menschen fördern.....	255

XI.	Eingliederung von Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen fördern	256
XI.1	Hilfen für wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen	256
XI.2	Hilfen für Opfer bei häuslicher Gewalt.....	258
XI.3	Angebote für Straßenkinder	259
XI.4	Hilfen zur Überwindung sozialer Ausgrenzung von Straffälligen	259
XI.5	Integration von Suchtkranken	260
XI.6	Zusammenfassung: Eingliederung von Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen fördern.....	261
Anhänge	.....	263

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle II.1:	Verteilung der realen Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit der Arbeitnehmer/-innen insgesamt	13
Tabelle II.2:	Verteilung der realen Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer/-innen	14
Tabelle II.3:	Einkommensteueranteile 2007 in Prozent	16
Tabelle II.4:	Verteilung der realen Nettoäquivalenzeinkommen auf die Bevölkerung	19
Tabelle II.5:	Einkommens- und Vermögensreichtum in Deutschland	33
Tabelle II.6:	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von und in Einrichtungen.....	42
Tabelle II.7:	Empfänger/-innen und Ausgaben nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII.....	45
Tabelle II.8:	Empfänger/-innen und Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Deutschland.....	48
Tabelle III.1:	Einfluss der sozialen Herkunft auf die Schülerleistung.....	67
Tabelle IV.1:	Erwerbstätigenquoten in Prozent.....	72
Tabelle IV.2:	Erwerbstätige im jeweiligen Jahresdurchschnitt bzw. Ende Juni in Tausend	73
Tabelle IV.3:	Struktur der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ab 15 Jahren in Tausend	85
Tabelle V.1:	Familien mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt nach Familientypen.....	88
Tabelle V.2:	Nettoäquivalenzeinkommen nach Haushaltstypen 2005 in Euro/Jahr	91
Tabelle V.3:	Armutsrisikoquoten nach Haushaltstypen 2005 in Prozent	92
Tabelle V.4:	Erwerbstätigkeit von Frauen im Alter von 20 bis 49 Jahren nach Zahl der Kinder.....	96
Tabelle V.5:	Erwerbstätigkeit von Müttern nach Alter der Kinder 2005.....	96

Tabelle VI.1:	Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege jeweils am Jahresende	112
Tabelle VI.2:	Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege außerhalb und innerhalb von Einrichtungen während des Jahres	114
Tabelle VII.1:	Mietbelastungsquoten einkommensschwacher Mieter.....	120
Tabelle VII.2:	Durchschnittliche Wohnfläche der Hauptmieterhaushalte in m²	122
Tabelle VIII.1:	Bürgerschaftliches Engagement 2004.....	134
Tabelle VIII.2:	Bürgerschaftliches Engagement und Einkommen.....	135
Tabelle IX.1:	Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland.....	138
Tabelle IX.2:	Einbürgerungen von Ausländern in Deutschland	139
Tabelle IX.3:	Armutsrisikoquoten von Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 2005	141
Tabelle IX.4:	Erwerbs- und Erwerbslosenquoten nach Migrationshintergrund und Geschlecht 2005 in Prozent.....	147
Tabelle IX.5:	Personen ab 65 Jahren, die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten, nach Nationalität und Geschlecht	150
Tabelle X.1:	Schwerbehinderte Menschen in Deutschland nach Alter.....	157
Tabelle X.2:	In berufsvorbereitenden oder berufsfördernden Bildungsmaßnahmen durch die Bundesagentur für Arbeit geförderte behinderte Menschen	159
Tabelle X.3:	Erwerbstätigenquoten behinderter Menschen.....	160
Tabelle X.4:	Beschäftigte schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Menschen bei Arbeitgebern mit mehr als 20 Arbeitsplätzen.....	161
Tabelle X.5:	Jahresdurchschnittlicher Bestand schwerbehinderter Arbeitsloser ohne Zugelassene Kommunale Träger (ZKT)	162

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild II.1:	Reduktion des Armutsrisikos durch Sozialtransfers 2005	25
Schaubild II.2:	Reichtumsvorstellungen in Deutschland	28
Schaubild II.3:	Wahrgenommene Gründe für Reichtum in Deutschland	29
Schaubild II.4:	Durchschnittliche Entwicklung der Vorstandsbezüge und der Aktienkurse in 17 Dax-Unternehmen	30
Schaubild II.5:	Überschuldungsauslöser	51
Schaubild III.1:	Frühe Schulabgänger 1996 und 2006	60
Schaubild III.2:	Anteil der 18 bis 24-Jährigen ohne Bildungsabschluss 1996 und 2006	62
Schaubild III.3:	Anteil der Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren ohne beruflichen Bildungsabschluss/Hochschulabschluss 1996 und 2006	63
Schaubild III.4:	Bildungsbeteiligung von Kindern nach akademischem Abschluss des Vaters.....	69
Schaubild IV.1:	Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen in Ost- und Westdeutschland	79
Schaubild IV.2:	Rückgang der Arbeitslosigkeit im Dezember 2007 im Vergleich zu Dezember 2006.....	81
Schaubild V.1:	Armutsrisikoquoten der Gesamtbevölkerung und von Kindern (0 bis 15 Jahre) im EU-Vergleich 2005 in Prozent.....	91
Schaubild V.2:	Armutsrisikoquoten von Haushalten mit Kindern nach Erwerbsbeteiligung 2005 in Prozent	95
Schaubild VII.1:	Beurteilung des Zustandes von Wohngebäuden	117
Schaubild VIII.1:	Ebenen der Partizipation in Politik und Zivilgesellschaft	127
Schaubild VIII.2:	Armutsrisiko und politische Partizipation.....	129
Schaubild VIII.3	Parteimitgliedschaft nach Einkommensschichtung.....	130

Schaubild IX.1:	Erreichte Schulabschlüsse der mindestens 15-Jährigen nach Migrationshintergrund und Geschlecht im Jahr 2005.....	143
Schaubild IX.2:	Berufliche Bildungsabschlüsse der mindestens 25-Jährigen nach Migrationshintergrund und Geschlecht im Jahr 2005	145
Schaubild XI.1:	Schätzung zur Zahl der Wohnungslosen	167
Schaubild XI.2:	Entwicklung der Zahl Inhaftierter in Deutschland	170

Teil A: Kurzfassung

I. Anspruch an eine sozial gerechte Politik

Armut ist ein gesellschaftliches Phänomen mit vielen Gesichtern. Es entzieht sich deshalb einer eindeutigen Messung. Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung orientiert sich an einem umfassenden Analyseansatz, der die Risiken für Armut und soziale Ausgrenzung in verschiedenen Lebenslagen beschreibt. Der vorliegende dritte Bericht setzt die im Jahr 2001 begonnene Bestandsaufnahme der sozialen Lage in Deutschland fort und eröffnet, wo es die Datenlage zulässt, einen Zehnjahresvergleich der Entwicklung der sozialen Integration. Bei der Messung monetärer Armut verwendet die Bundesregierung den zwischen den EU-Mitgliedstaaten vereinbarten relativen Armutsrisikobegriff. Der Bericht zeigt auf, welche Maßnahmen die Bundesregierung in den relevanten Politikbereichen ergreift, damit Armut und soziale Ausgrenzung vermieden oder überwunden werden.

Kern sozial gerechter Politik ist es, ökonomische und soziale Teilhabe- und Verwirklichungschancen für alle Mitglieder in der Gesellschaft zu ermöglichen. Politik, die dazu beitragen will, Armut und soziale Ausgrenzung zu verhindern, kann sich daher nicht in der Sicherung materieller Grundbedürfnisse erschöpfen. Dauerhafte Abhängigkeit von staatlicher Fürsorge führt zur Verfestigung von Armut – teilweise über Generationen hinweg – und muss vermieden werden. Entscheidend für den Erfolg einer solchen Politik ist eine wirksame Aktivierungspolitik mit Angeboten etwa für Betreuung, Bildung und Weiterbildung, um die Beteiligten zu befähigen, so weit wie möglich vom Bezug von Transferleistungen unabhängig zu werden. Alle müssen die Chance erhalten, ihre individuellen Möglichkeiten auszuschöpfen.

Dazu ist auch weiterhin die angemessene Absicherung der existenziellen Risiken Krankheit, Unfall, Behinderung, Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit und Alter über die Sozialversicherungssysteme eine wichtige Voraussetzung. Darüber hinaus müssen soziale Ausgrenzung und Armut durch die Deckung des soziokulturellen Existenzminimums gesichert werden.

Der Bericht benennt und analysiert daher nicht nur ungleiche Teilhabeergebnisse, etwa auf dem Arbeitsmarkt oder bei der Verteilung von Einkommen und Vermögen, sondern fragt danach, inwiefern diese Unterschiede auf ungleiche Teilhabe- und Verwirklichungschancen zurückzuführen sind und welche Faktoren die unterschiedliche Wahrnehmung von eröffneten Chancen beeinflussen. Nicht wahrgenommene Chancen könnten ein Indiz dafür sein, dass das gesellschaftliche Angebot nicht ausreichend zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist und deshalb auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden muss. Gleichwohl hängt die Wahrnehmung von Chancen nicht zuletzt vom Einzelnen ab.

II. Verbesserte gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen: Aufschwung und mehr Beschäftigung

Grundbedingungen für mehr Teilhabe- und Verwirklichungschancen sind wirtschaftliches Wachstum und die damit einhergehenden Beschäftigungsmöglichkeiten. Nur eine leistungsfähige und eine im globalen Wettbewerb erfolgreiche Wirtschaft kann dauerhaft Wohlstand für alle sichern. Die Politik der Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren die Rahmenbedingungen für das Wachstum der Wirtschaft durch strukturelle Reformen verbessert.

Die Reformbilanz der Bundesregierung kann sich sehen lassen. Etwa seit Beginn des Jahres 2006 ist die binnenwirtschaftliche Schwächephase der letzten Jahre überwunden. Der Aufschwung kommt bei den Menschen in Form verbesserter Einkommensperspektiven und zusätzlicher Arbeitsplätze an. Mit über 40 Millionen Erwerbstätigen wurde im April 2008 ein historischer Höchststand erreicht. Der Beschäftigungsaufbau vollzieht sich zudem dynamischer als in früheren Aufschwungsphasen. So nahm die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung allein im vergangenen Jahr um rund 500.000 Personen im Jahresdurchschnitt zu.

Bei der Einkommensentwicklung können aufgrund fehlender aktueller Daten die Auswirkungen positiver Entwicklungen seit 2006 noch nicht dargestellt werden. In der ersten Hälfte dieser Dekade war die gesamtwirtschaftliche Entwicklung durch eine anhaltende Stagnationsphase gekennzeichnet. Das Geschäftsklima blieb unbeständig, sowohl die Investitionstätigkeit als auch die Binnennachfrage verharrten auf niedrigem Niveau. Nur vom Export gingen Wachstumsimpulse aus, die jedoch nicht ausreichten, um dem Rückgang der Beschäftigung und dem Anstieg der Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken. Im Februar 2005 waren 5,29 Mio. Personen arbeitslos. Damit erreichte die Arbeitslosenquote mit 14,1% den höchsten Stand seit der Wiedervereinigung Deutschlands. Dieser Wert war allerdings auch eine Folge der beabsichtigten besseren statistischen Erfassung von Arbeitslosigkeit, die mit der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II) einherging.

Dem weltweiten Zusammenwachsen der Märkte und dem zunehmenden Wettbewerb begegnen viele Unternehmen durch eine Neuordnung der betrieblichen Wertschöpfungsketten. In hochindustrialisierten Ländern wie Deutschland verstärkt sich die Tendenz zu qualifizierteren Tätigkeiten mit höheren Mobilitäts- und Qualifikationsanforderungen. Unternehmen reduzieren zum Teil ihre Wertschöpfungstiefe und verlagern Teile des Produktionsprozesses ins Ausland. Umgekehrt ist Deutschland für hochproduktive Investitionen aus dem Ausland attraktiver geworden. Diese Entwicklungen haben zu erheblichen Strukturveränderungen auf dem hiesigen Arbeits-

markt geführt. Insbesondere ist die Nachfrage nach gering qualifizierten Arbeitskräften rückläufig.

Die Restrukturierungen der Unternehmen, die moderate Lohnentwicklung und die Reformen am Arbeitsmarkt haben dazu beigetragen, dass seit Beginn des Jahres 2006 die Schwächephase der vorangegangenen Jahre überwunden wurde. Die Reformen am Arbeitsmarkt haben die Beschäftigungsschwelle gesenkt und dazu geführt, dass der wirtschaftliche Aufschwung auch zu höherer Beschäftigung geführt hat.

Für die Jahre 2008 und 2009 erwarten die Bundesregierung und die Wirtschaftsforschungsinstitute eine wachsende Wirtschaft und eine weiter rückläufige Arbeitslosigkeit. Dies sind gute Voraussetzungen, um Armutsrisiken weiter zu vermindern und Teilhabechancen zu verbessern. Entscheidend ist, die Effizienz investiver, aktivierender und präventiver Maßnahmen zur Armutsvermeidung sicherzustellen. Durch die Verschuldung der öffentlichen Haushalte sind die Handlungsspielräume begrenzt. Deshalb bleibt die Fortsetzung der Haushaltskonsolidierung unverändert notwendig.

III. Kernaussagen

Der Schlüssel zur Armutsvermeidung ist mehr Bildung und Beschäftigung. Alle Bemühungen müssen darauf ausgerichtet sein, Vollbeschäftigung zu erreichen.

Reformen am Arbeitsmarkt und in der Finanzpolitik stützen den Aufschwung

Die verbesserte Wirtschaftslage und eine aktivierende Sozial- und Finanzpolitik sichern mehr Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die in der Schwächephase der Konjunktur eingeleiteten Arbeitsmarktreformen und die finanzpolitischen Maßnahmen zur Stabilisierung der Staatseinnahmen der vergangenen Jahre sind erfolgreich. Sie haben den konjunkturellen Aufschwung begünstigt und die positiven Effekte auf den Arbeitsmarkt verstärkt. Die Arbeitslosigkeit sinkt inzwischen auch bei Langzeitarbeitslosen, Menschen mit Behinderungen, Älteren, Jüngeren sowie Ausländern.

Flexible Beschäftigungsformen fördern den Einstieg in den Arbeitsmarkt

Durch selbständige Tätigkeiten und flexible Beschäftigungsformen wie beispielsweise geringfügige Beschäftigung und Leiharbeit sind mehr Menschen erwerbstätig, die zuvor ausgegrenzt waren. Flexible Beschäftigungsformen dienen dem Wiedereinstieg und können auch eine Brücke in vollzeitnahe Beschäftigung sein. Faire Arbeitsbedingungen und angemessene Erwerbseinkommen sind die Basis für ausreichende soziale Sicherung. Branchenspezifische Mindestlöhne können einen Beitrag dazu leisten, angemessene Mindestarbeitsbedingungen durchzusetzen.

Ungleichverteilung der Einkommen nahm in den Jahren zwischen 2002 und 2005 zu

Die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer gingen real von durchschnittlich 24.873 Euro auf 23.684 Euro und damit um 4,8% zurück. Dies ist auch das Resultat von betrieblichen und tariflichen Vereinbarungen, einer hohen Arbeitslosigkeit in dieser Zeit sowie der gesunkenen Tarifbindung in Deutschland. Auch die Ungleichverteilung der Einkommen nahm zu: Während der Anteil der höheren Einkommen wuchs, sanken die Anteile der niedrigen Einkommensgruppen.

Die Zunahme des Anteils von Beschäftigten im Niedriglohnbereich hat vielfältige Ursachen (u. a. Teilzeit und neue Beschäftigungsformen) und muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass damit mehr Menschen einen Weg aus der Arbeitslosigkeit gefunden haben. 2005 blieben die Verdienste aus unselbständiger Arbeit von mehr als einem Drittel der Beschäftigten unterhalb der Niedriglohnschwelle von zwei Dritteln des Medians der Bruttoeinkommen. Anfang der 1990er Jahre war dies dagegen nur bei etwas mehr als einem Viertel der Fall. Entgegen dem europäischen Trend stieg damit auch die Armutsrisikoquote von Erwerbstätigen. Die gute wirtschaftliche Entwicklung und die Tarifabschlüsse der letzten Monate lassen eine positive Entwicklung der Arbeitseinkommen erwarten.

Der Sozialstaat wirkt

Deutschland gehört zu den OECD-Staaten, in denen die Ungleichheit der Markteinkommen mit am stärksten durch Steuern und Sozialtransfers reduziert wird. Sozial- und familienpolitische Transferleistungen wie Arbeitslosengeld II, Kindergeld, Kinderzuschlag, Wohngeld und das frühere Erziehungsgeld haben das Risiko der Einkommensarmut im Jahr 2005 insgesamt von 26% auf 13% und bei Kindern von 34% auf 12% gesenkt. Es ist damit jeweils niedriger als der europäische Durchschnitt. Zu den besonders armutsgefährdeten Gruppen zählen Arbeitslose, Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung, Alleinerziehende und Personen mit Migrationshintergrund. Der Sozialstaat braucht zur Sicherung des gesellschaftlichen Zusammenhalts

das ehrenamtliche Engagement vieler. Deswegen müssen auch benachteiligten und einkommensarmen Gruppen mehr Zugangschancen zu kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Aktivitäten eröffnet werden.

Bildung ist der Schlüssel zur Teilhabe

Gute Bildung muss im frühen Kindesalter beginnen und ist unabdingbare Voraussetzung für gute Ausbildungs- und Beschäftigungschancen. Sie geht auch einher mit einem bewussteren Gesundheitsverhalten sowie verantwortlicher Haushaltsführung und erfolgreicher Alltagsbewältigung in der Familie. Der Bildungsstand der Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Die Bildungserfolge von Kindern hängen in Deutschland jedoch noch zu stark vom Bildungsniveau der Eltern ab.

Frauen nutzen ihre Chancen

Frauen holen im Bildungsbereich und bei der Erwerbsbeteiligung gegenüber Männern auf. Dies bedeutet mehr Chancen für existenzsichernde Erwerbsarbeit und bessere Prävention vor Einkommensarmut auch für Alleinerziehende. Das kommt besonders Kindern zugute. Gleichwohl gibt es weiterhin eine Vielzahl struktureller Hürden für eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern im Erwerbsleben, die sich etwa an dem sehr hohen Lohngefälle in Deutschland im europäischen Vergleich messen lassen.

Erwerbsarbeit der Eltern verringert das Armutsrisiko von Kindern

Das Armutsrisiko von Kindern hängt stark von der Erwerbsbeteiligung der Eltern ab. Denn mit der Aufnahme einer Vollzeitbeschäftigung durch ein oder mehrere erwerbsfähige Haushaltsmitglieder sinkt die Armutsgefährdung von Haushalten mit Kindern von 48% auf unterdurchschnittliche 8% bzw. 4%. Eine zentrale Rolle für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung spielt für Eltern eine flexible und qualitativ hochwertige Kinderbetreuung. Gewährleistete frühkindliche Bildung in der Kinderbetreuung verbessert auch die gesellschaftlichen Teilhabechancen insbesondere von Kindern aus einkommensschwachen, bildungsfernen oder ausländischen Familien und ermöglicht ihnen, die deutsche Sprache zu erlernen.

Altersarmut ist kein aktuelles Problem – zusätzliche Altersvorsorge gewinnt an Bedeutung

Das Armutsrisiko Älterer hat trotz schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen nicht zugenommen. Ende 2006 bezogen nur 2,6% der Frauen und 1,8% der Männer und damit insgesamt 2,3% der Menschen im Alter ab 65 Jahren Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Niedrige Alterseinkommen drohen jedoch bei Personengruppen, die längere Phasen selbständiger Tätigkeit mit geringem Einkommen, geringfügiger Beschäftigung, Arbeitslosigkeit oder familienbedingter Erwerbsunterbrechungen in ihren Erwerbsbiografien aufweisen. Gute Ausbildung und eine möglichst durchgängige Erwerbsbiografie bei ausreichendem Einkommen verbessern die Möglichkeiten für die erforderliche zusätzliche Altersvorsorge.

IV. Verwirklichungschancen eröffnen – Mindestsicherung gewährleisten

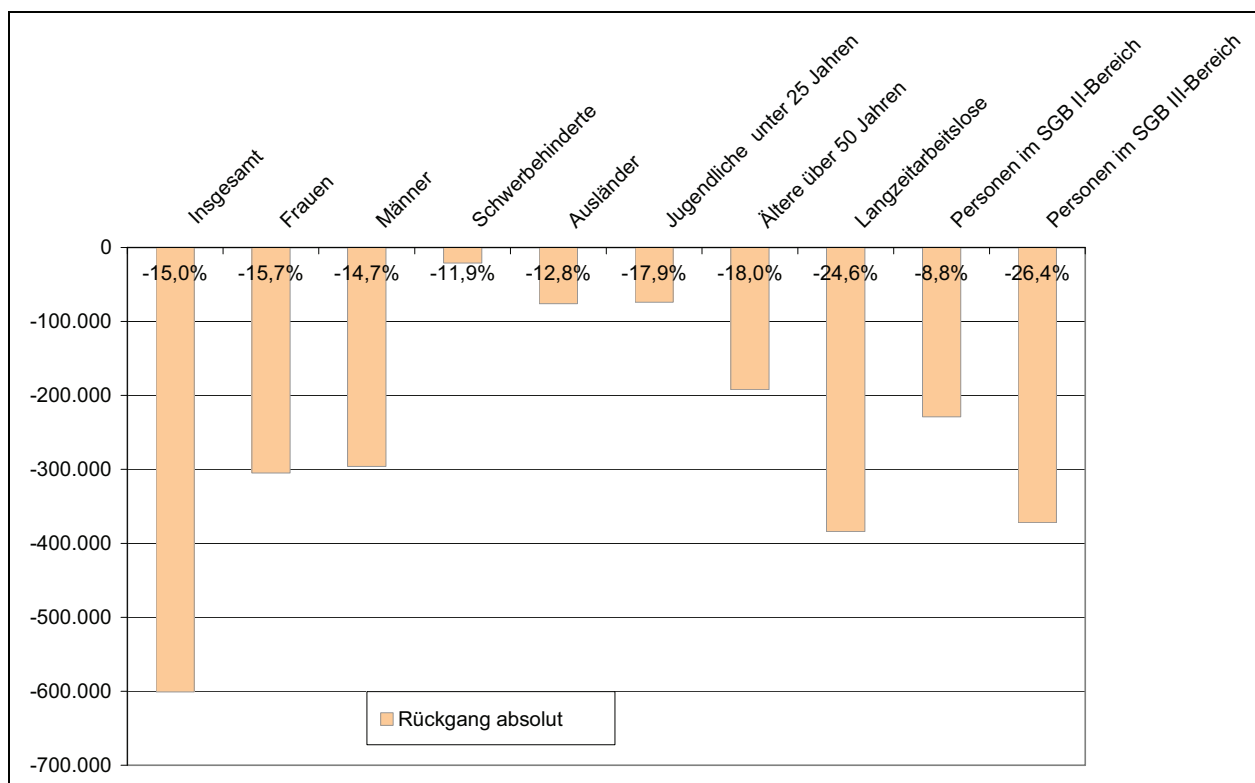
Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aus der Analyse der sozialen Lage und die politischen Maßnahmen zusammengeführt und die Erfolge einer sozial gerechten Politik der Bundesregierung sowie bestehende Herausforderungen herausgearbeitet. Dabei werden die wesentlichen Kernbereiche für die soziale Integration in den Blick genommen. Die Darstellung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund und wohnungslosen Menschen ist in die Schwerpunkte integriert.

IV.1 Beschäftigungsaufschwung kommt bei allen an

Die Arbeitslosigkeit geht seit 2006 deutlich zurück. Von der Zunahme der Erwerbstätigkeit profitieren sowohl die Gruppe der Langzeitarbeitslosen als auch – die sich teilweise überschneiden – Gruppen der jungen, älteren und ausländischen Menschen sowie der Bezieher von SGB II/SGB III-Leistungen und Menschen mit Behinderungen. Insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit ist allein im Verlauf des Jahres 2007 um ein Viertel gesunken. Dies ist im Vergleich zu früheren Konjunkturzyklen eine neue und positive Entwicklung. Im März 2008 lag die Zahl der arbeitsuchenden schwerbehinderten Menschen um 13,5% niedriger als im Vorjahresmonat.

Schaubild 1

Rückgang der Arbeitslosigkeit im Dezember 2007 im Vergleich zu Dezember 2006



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Die Zahl der Erwerbstätigen lag nach den zuletzt verfügbaren Zahlen im April 2008 bei 40,1 Mio. und damit so hoch wie nie zuvor in einem April. Die zwischen den EU-Mitgliedstaaten für das Jahr 2010 vereinbarten Beschäftigungsziele von 60% hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung von Frauen (2007: 64,0%) und 50% bei Älteren (2007: 51,5%) sind damit bereits jetzt erreicht. Dabei stieg der Anteil der Frauen in Teilzeit seit 1998 deutlich an. Für die Gesamtbevölkerung ist das Ziel von 70% mit einer Erwerbsbeteiligung von 69,4% (2007) in greifbare Nähe gerückt. Die meisten Experten erwarten, dass sich die positive Entwicklung 2008 fortsetzt.

Der Zuwachs an Beschäftigung geht im Zehnjahresvergleich auch mit einer Zunahme flexibler Beschäftigungsformen wie selbständiger, geringfügiger und zeitlich befristeter Erwerbstätigkeit einher. Mit gesetzlich veränderten Rahmenbedingungen wurden der Wirtschaft flexible Möglichkeiten eröffnet, um mehr Menschen in Arbeit zu bringen.

Vielen Menschen, insbesondere Frauen, ist dadurch der Wiedereintritt in das Arbeitsleben gelungen. Dabei setzt das neue zweistufige System der Arbeitsmarktpolitik aus Instrumenten des SGB III und des SGB II Arbeitsanreize und bietet Unterstützung für eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Erwerbsbeteiligung ist der Schlüssel dafür, Teilhabe- und Verwirklichungschancen für alle Haushaltsmitglieder zu eröffnen. Voraussetzung ist jedoch, dass aus dem Einstieg über ein flexibles Beschäftigungsverhältnis die Möglichkeit zur Weiterentwicklung in vollzeitnahe und unbefristete Beschäftigung für die Arbeitnehmer entsteht. Erste Auswertungen deuten in Teilen auf eine Brückenfunktion von Leiharbeit und so genannten Midi-Jobs (400 bis unter 800 Euro Bruttoverdienst/Monat) im Gegensatz zu Mini-Jobs (unter 400 Euro) hin. Allerdings muss bei Leiharbeit auf Fehlentwicklungen geachtet werden.

Mit der Zunahme des Niedriglohnbereichs auch bei Vollzeiterwerbstätigkeit geht ein gestiegenes Armutsrisiko von Erwerbstätigen einher (Einkommensdaten nur bis einschließlich 2005). Positiv ist, dass seit 2006 die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung wieder deutlich wächst, auch wenn das Niveau mit 26,85 Mio. (Juni 2007) immer noch unter dem Niveau des Jahres 1998 liegt. Zugleich aber haben neue Beschäftigungsformen mehr Menschen einen Weg aus der Arbeitslosigkeit eröffnet und dadurch ihre Teilhabechancen verbessert. Angemessen entlohnte und sozialversicherte Arbeit sichert nicht nur den eigenständigen Lebensunterhalt, sondern auch gesellschaftliche Anerkennung und ein selbstbestimmtes Leben.

Maßnahmen:

- **„JobPerspektive“:** Mit der „JobPerspektive“ sollen bis zu 100.000 arbeitsmarktferne Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen dauerhaft eine berufliche Perspektive erhalten. Diese Zielgruppe hat auch das Bundesprogramm **„Kommunal-Kombi“**.
- **„Perspektive 50plus - Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“:** Mit dem Bundesprogramm sollen bis Ende 2010 über 200.000 ältere langzeitarbeitslose Menschen aktiviert und bis zu 50.000 davon in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden.
- **Beschäftigungspflicht und Initiativen „job – Jobs ohne Barrieren“ und „Job4000“:** Mit dem neu gestarteten Programm „Job4000“ sollen bis Ende 2013 mindestens 4.000 besonders betroffene schwerbehinderte Menschen in Arbeits- und Ausbildungsplätze integriert werden.
- **Migrationsspezifische Arbeitsfördermaßnahmen:** Die Verbesserung der berufsbezogenen Sprachförderung trägt ebenso wie das bundesweite Beratungs- und Informationsnetzwerk „IQ – Integration durch Qualifizierung“ zur Unterstützung der beruflichen Eingliederung von Personen mit Migrationshintergrund bei. Das Sonderprogramm des Bundes zur Einstiegsqualifizierung wird insbesondere von Personen mit Migrationshintergrund erfolgreich genutzt.
- **Die „Initiative 50plus“** soll die Beschäftigungschancen Älterer verbessern und gleichzeitig einen Bewusstseinswandel zur Beschäftigung Älterer in der Gesellschaft anstoßen. Die Rahmenbedingungen für die berufliche Weiterbildung werden verbessert.
- **Das Arbeitnehmer-Entsendegesetz und das Mindestarbeitsbedingungengesetz** werden weiterentwickelt, so dass in bestimmten Branchen Mindestlöhne festgelegt werden können.

IV.2 Sozialtransfers verringern Armutsrisiken

Die Markteinkommen zwischen 2002 und 2005 waren durch die damalige schwache konjunkturelle Lage geprägt. Der Konjunkturaufschwung seit 2006 hat zu positiven Beschäftigungseffekten sowie steigenden Bruttolöhnen und -gehältern geführt. Letztere sind 2005 nur um 0,3% gestiegen, 2006 um 0,9% und 2007 schon um 1,5% (Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung). Diese positive Entwicklung kann mit den bis heute vorliegenden Daten zur Einkommensverteilung aus dem Jahr 2005 (SOEP 2006 und die amtliche Statistik EU-SILC 2006) jedoch noch nicht abgebildet werden.

Die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer gingen nach Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) real zwischen 2002 und 2005 von durchschnittlich 24.873 Euro auf 23.684 Euro um 4,8% zurück. Dies ist auch das Resultat von betrieblichen und tariflichen Vereinbarungen, die hohe Arbeitslosigkeit in dieser Zeit sowie der gesunkenen Tarifbindung in Deutschland. Dabei nahm auch die Ungleichheit in der Verteilung des bedarfsgewichteten Net-

toäquivalenzeinkommens zu. Hier verzeichnete im Zeitraum von 2002 bis 2005 nur das oberste Einkommensdezil einen leichten Zuwachs gegenüber stagnierenden Anteilen im mittleren und sinkenden Anteilen in den unteren fünf Einkommensdezilen. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Haushaltsgröße in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Laut OECD nahm etwa der Anteil der Alleinerziehenden von 1995 bis 2005 viermal so schnell zu wie im EU-Durchschnitt. Diese Gruppe erzielt gegenüber allen anderen Haushaltsformen niedrigere Einkommen.

Deutschland gehört jedoch zu den OECD-Staaten, in denen die Ungleichheit der Markteinkommen mit am stärksten durch Steuern und Sozialtransfers reduziert wird, auch wenn das Ausmaß der monetären sozialstaatlichen Umverteilung zwischen 2002 und 2005 leicht abgenommen hat. Ein wirksames Instrument zur Dämpfung der Ungleichheit von Markteinkommen ist der progressiv ausgestaltete Einkommensteuertarif. Die regressive Wirkung der gestiegenen Verbrauchssteuern schwächt die progressive Wirkung der Einkommensteuer jedoch ab. Die erzielten Mehreinnahmen wurden aber zu großen Teilen zur Senkung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge und damit zur Entlastung von Arbeitnehmern wie auch Arbeitgebern und zur Stärkung des Arbeitsmarktes verwendet.

Die einkommensstärksten 10% der Einkommensteuerpflichtigen tragen zu 52% des gesamten Einkommensteueraufkommens bei, die unteren 50% zu gut 6%.

Maßnahmen:

- **Steuerreform 2000:** In mehreren Schritten wurde das steuerfreie Existenzminimum von 6.322 Euro (1998) auf 7.664 Euro (2004) erhöht und der Eingangssteuersatz von 25,9% (1998) auf 15,0% (2005) gesenkt. Die gleichzeitige Absenkung des Einkommensteuer-Spitzensatzes auf 42% wurde durch die Abschaffung bzw. Einschränkung einer Vielzahl von Steuervergünstigungen und Ausnahmeregelungen begleitet. Bei zu versteuernden Einkommen von mehr als 250.000 Euro beträgt der Spitzensteuersatz ab 2007 45%.
- **Die konsequente Verfolgung von Steuerhinterziehung** trägt zu mehr Steuergerechtigkeit in Deutschland bei.
- Mit der **Unternehmensteuerreform 2008** und der **Abgeltungsteuer auf Kapitalerträge ab 2009** sollen Anreize verringert werden, Gewinne unversteuert ins Ausland zu transferieren bzw. Anlagegelder nicht zu versteuern.

Bei Betrachtung der Einkommensverteilung wird die zwischen den EU-Mitgliedstaaten vereinbarte Definition des relativen Armutsrisikos zugrunde gelegt, die vorrangig mit dem Indikator der Armutsrisikoquote abgebildet wird. Sie ist definiert als Anteil der Personen in Haushalten, deren bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen weniger als 60% des Mittelwertes (Median)

aller Personen beträgt. Der Median ist der Einkommenswert, der die Einkommen der Bevölkerung genau in zwei Hälften teilt. Damit ist die mittlere Einkommensposition die Referenzgröße. Dem Risiko der Einkommensarmut unterliegt, wer ein Einkommen hat, das unterhalb eines bestimmten Mindestabstands zum Mittelwert der Gesellschaft liegt. Mit der Benennung als Armutsrisikoquote sollte deutlich werden, dass dieser Indikator die Möglichkeit einer Armutsgefährdung – insbesondere bei längerem Verbleiben in diesem niedrigen Einkommensbezug – beschreibt. Zu unterscheiden sind das soziokulturelle Existenzminimum, welches sich am Verbrauch der unteren Einkommensgruppe orientiert sowie das physische Existenzminimum, mit dem absolute Armut definiert ist.

Zur Methodik der Datenerhebung

Im Bericht werden zu den Themen Einkommensverteilung, Armutsrisikoquote und Vermögensverteilung Ergebnisse aus der europaweit durchgeführten Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen „Leben in Europa“ (EU-SILC), aus der Einkommens- und Verbrauchstichprobe (EVS) und aus dem Mikrozensus dargestellt. Neben diesen drei amtlichen Statistiken, die vom Statistischen Bundesamt erhoben werden, wird auch das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) herangezogen. Alle vier Datenquellen basieren auf der Befragung einer Stichprobe aus der Bevölkerung. Jede hat entsprechend ihrer spezifischen Konzeption Vorzüge. Die Befragungen setzen zudem unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte, weswegen die Verwendung von Ergebnissen aus allen Stichproben sinnvoll ist.

EU-SILC ist eine seit 2005 jährlich erhobene und EU-weit vergleichbare Statistik. Die nationalen Strategieberichte über Sozialschutz und soziale Eingliederung aller Mitgliedstaaten der EU werden ebenso auf dieser Basis erstellt wie die Berichte der EU-Kommission über die Entwicklung der Armutsbekämpfung. Mittelfristig können Längsschnittanalysen aus EU-SILC verwendet werden.

Die EVS ist eine große und ausführliche Erhebung zu Einkommen, Ausgaben und Vermögen. Sie wird alle fünf Jahre erhoben und liegt zuletzt für das Jahr 2003 vor. Derzeit läuft die aktuelle Erhebung 2008.

Auf den Daten des **Mikrozensus** 2005 basieren die Betrachtungen zum Armutsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund, weil EU-SILC und EVS diesen Personenkreis nicht repräsentativ abbilden können. Im Gegensatz zu EU-SILC und EVS erhebt der Mikrozensus das Einkommen nicht betragsgenau, sondern in Einkommensklassen zusammengefasst.

Das **SOEP** des DIW wird seit 1984 jährlich erhoben und ermöglicht daher kontinuierliche Zeitreihenvergleiche. Da immer wieder dieselben Haushalte nach ihren Einkommen befragt werden, sind auch Längsschnittanalysen möglich. Diese Daten sind aber nicht international vergleichbar.

Armutsrisikoschwellen, Armutsrisikoquoten und Stichprobengrößen nach Datenquellen

Datenbasis	Armutsrisikoschwelle (60% des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens)	Armutsrisikoquote	Stichprobengröße (erfasste Haushalte)
EU-SILC 2006	781 Euro	13%	13.800
EVS 2003	980 Euro	14%	53.400
Mikrozensus 2005	736 Euro	15%	322.700
SOEP 2006	880 Euro	18%	11.500

Die wesentlichen Ursachen für die unterschiedlichen Niveaus des Einkommensmittelwerts, bzw. der daraus abgeleiteten Armutsrisikoschwelle und der Armutsrisikoquote liegen:

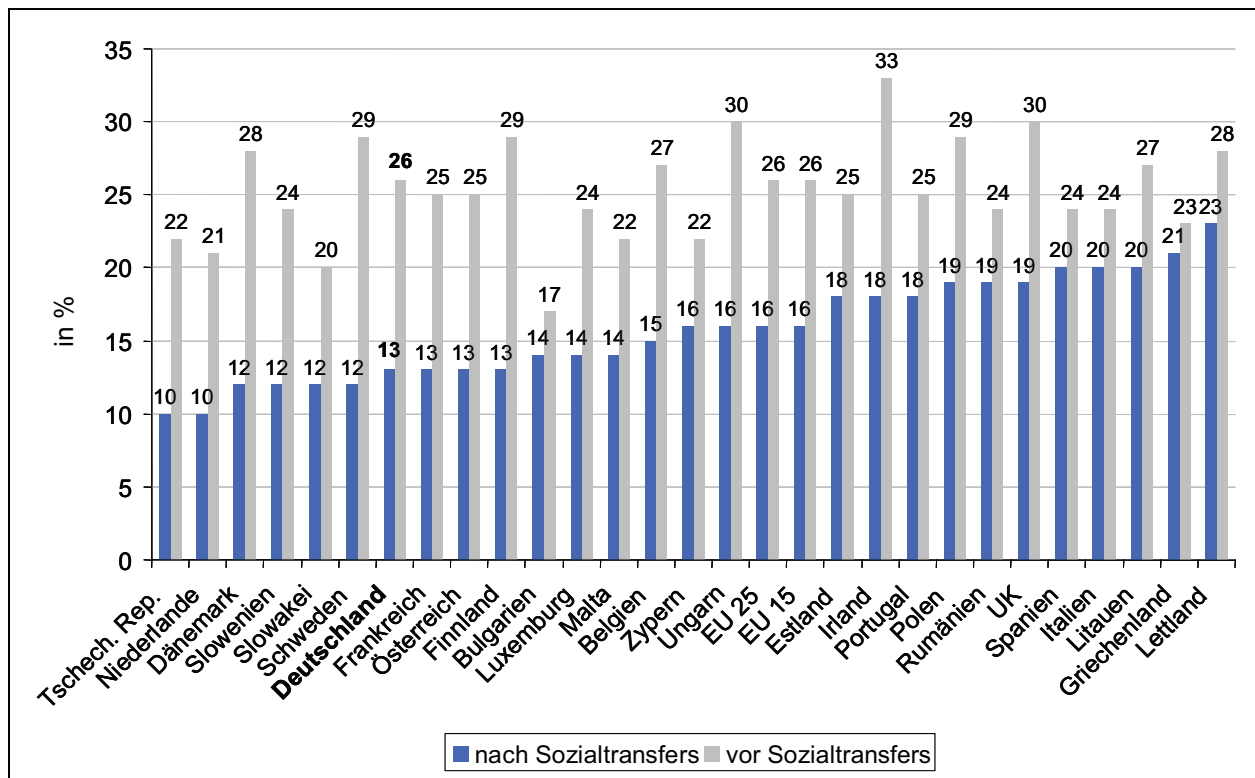
- in den (immer vorhandenen) Stichprobenschwankungen,
- in unterschiedlichen Einkommensbegriffen, (hier vor allem in der unterschiedlichen Berücksichtigung des Mietwerts des selbst genutzten Wohneigentums als Einkommenskomponente. EVS und SOEP berücksichtigen es; bei EU-SILC ist dies erst für die Zukunft vorgesehen, während es beim Mikrozensus nicht berücksichtigt wird),
- in der Repräsentativität der Erhebungen,
- in der unterschiedlichen Behandlung fehlender oder unplausibler Angaben.

Unterschiede in der Datenbasis bei den Berechnungsmethoden müssen daher bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden. Deshalb ist z. B. auch weniger die absolute Höhe der Armutsrisikoquoten von Bedeutung, sondern deutliche Trends im Zeitverlauf und Unterschiede zwischen sozio-ökonomischen Gruppen, die auch bei verschiedenen methodischen Abgrenzungen und Datenquellen noch sichtbar sind und tendenziell übereinstimmen. Wie die im Mai 2008 veröffentlichten Ergebnisse der Berechnungen der Prognos AG für das Kompetenzzentrum für familienbezogene Leistungen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf der Basis des SOEP 2006 deutlich machen, können die Armutsrisikoquoten auch unter Verwendung der gleichen Erhebung von einander abweichen, wenn unterschiedliche Parameter für das Messkonzept verwendet werden.

Anhand der amtlichen Erhebung LEBEN IN EUROPA (EU-SILC 2006) gemessen lag das Risiko der Gesamtbevölkerung einkommensarm zu sein im Jahr 2005 bei 26% vor Berücksichtigung von Sozialtransfers. Nach Sozialtransfers verringerte sich dieses Risiko auf einen Anteil von 13% und war damit im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich. Damit gehört Deutschland neben den skandinavischen Staaten zu den Ländern mit einer großen Wirkung der Sozialtransfers auf die Armutsrisikoquote.

Schaubild 2

Reduktion des Armutsrisikos der Gesamtbevölkerung durch Sozialtransfers (2005)



Quelle: EU-SILC 2006

Die Bundesregierung setzt zur Bekämpfung von Armutsrisiken und sozialer Ausgrenzung darauf, dass die Einzelnen zunächst ihren Lebensunterhalt mit Erwerbsarbeit sicherstellen. Darüber hinaus dienen zielgerichtete Transferleistungen, insbesondere an Familien, der Sicherung von Grundbedürfnissen.

Zusätzliche Altersvorsorge aufbauen

Die Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005 beauftragte die Bundesregierung, Forschungsdefizite im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Bezug auf die künftige Einkommens- und Vermögenssituation im Alter abzubauen. Aussagen über zukünftige Trends in der Entwicklung der Alterseinkommen liefern die Mitte 2007 ausgewerteten Ergebnis-

se der zweiten Untersuchung „Altersvorsorge in Deutschland“ (AVID) 2005. Während die Tendaussagen zur zukünftigen Vermögenssituation Älterer insgesamt sehr positiv sind, sind niedrige Alterseinkommen bei den Personengruppen absehbar, die längere Phasen schlecht bezahlter selbständiger Tätigkeit, geringfügiger Beschäftigung und Arbeitslosigkeit in ihren Erwerbsbiografien aufweisen. In der gesetzlichen Rentenversicherung (Äquivalenzprinzip) – wie auch in kapitalgedeckten Alterssicherungssystemen – können mit relativ geringen Beiträgen auch nur vergleichsweise geringe Leistungen erwartet werden.

Wie viele Personen in Zukunft auf staatliche Unterstützung im Alter angewiesen sein werden, lässt sich weder aus der AVID-Studie noch auf der Grundlage anderer Quellen verlässlich abschätzen. Denn der Anspruch auf Grundsicherungsleistungen setzt Hilfebedürftigkeit voraus. Dies ist vor allem abhängig von der Wirtschafts- und Beschäftigungsentwicklung sowie von der Höhe des zukünftigen Grundsicherungsbedarfs im Verhältnis zur Entwicklung der Alterseinkommen. Auch vorhandene weitere eigene Einkünfte und Vermögen sowie das Alterseinkommen und Vermögen von Ehegatten und Lebenspartnern werden berücksichtigt.

Maßnahmen:

- **Riester-Rente:** Die Bundesregierung setzt seit der Rentenreform von 2001 gezielt auf Anreize zum Aufbau eines privaten Altersvorsorgevermögens, gerade auch für Personen mit geringen Einkommen. Die Kinderzulage wird für ab 2008 geborene Kinder auf 300 Euro erhöht. Neben der Zulagengewährung ist ein Sonderausgabenabzug der Sparbeträge bis zu 2.100 Euro möglich.
- **Entwurf des Eigenheimrentengesetzes:** Das selbst genutzte Wohneigentum soll in die Riester-Förderung einbezogen werden.
- **Riester-Rente:** Der förderfähige Personenkreis soll auf Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung und vergleichbarer Sozialleistungen ausgeweitet werden. Für alle unter 21-Jährigen ist ein Berufseinsteiger-Bonus in Höhe von einmalig 100 Euro geplant.
- **Betriebliche Altersvorsorge:** Der weitere Aufbau der betrieblichen Altersvorsorge wird durch die dauerhafte Möglichkeit der steuer- und sozialabgabenfreien Entgeltumwandlung gefördert.
- **Altersvorsorge macht Schule:** In einem Kursangebot an über 500 Volkshochschulen vermitteln Fachleute der Deutschen Rentenversicherung fundiert und neutral Wissen zur individuellen Altersvorsorge.

Überschuldete Haushalte unterstützen

Überschuldete Haushalte tauchen in der Statistik der einkommensarmen Haushalte dann nicht auf, wenn sie ein Einkommen erzielen, das über der Armutsrisikoschwelle liegt. Bei dem Versuch, Schulden zu tilgen, kann das tatsächlich verfügbare Einkommen aber unter die Armutsri-

sikoschwelle sinken. Ein Privathaushalt ist dann überschuldet, wenn Einkommen und Vermögen aller Haushaltsmitglieder über einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung des Lebensstandards nicht ausreichen, um fällige Forderungen zu begleichen. Während ein Rückgang der Zahl privat verschuldeter Haushalte mit Kreditverbindlichkeiten (ohne Hypothekarkredite) von 2,9 Mio. im Jahr 2003 auf rund 1,6 Mio. im Jahr 2006 von einem Gutachten auf der Basis von SOEP-Daten belegt ist, werden die Leistungen der Schuldnerberatungsstellen gleichbleibend hoch nachgefragt. Die Länder sind daher aufgerufen, die erfolgreiche Schuldnerberatung so zu sichern, dass den Betroffenen staatlich anerkannte Beratungsstellen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Neben der Verschuldensform mit Kreditverbindlichkeiten existieren diverse andere Verschuldensformen (z. B. Mietschulden, Schulden bei der öffentlichen Hand, bei Energiekonzernen oder bei Versandhäusern), die hier nicht erfasst wurden.

Die empirisch signifikanteste Ursache von Überschuldung ist Arbeitslosigkeit, wenn sie mit drastischen Einkommenseinbußen verbunden ist. Trennung/Scheidung oder der Tod des Partners sowie gescheiterte Selbständigkeit sind weitere Gründe. Mangelnde finanzwirtschaftliche Kenntnisse können dazu führen, dass das Risiko der Kreditaufnahme nicht adäquat abgeschätzt wird, eine hohe Anfälligkeit gegenüber den aufdringlichen Werbepraktiken von unseriösen Anbietern besteht und/oder die aufgenommenen Kredite in einem Missverhältnis zum Einkommen stehen.

Maßnahmen:

- **Private Verbraucherinsolvenzverfahren:** Bis Ende 2007 wurde von über 600.000 Personen ein Verfahren zur Restschuldbefreiung beantragt und damit die Akzeptanz der Verbraucherinsolvenz bestätigt.
- **Gesetz zur Vereinfachung des Insolvenzverfahrens:** Zur weiteren Verfahrensvereinfachung sollen Schuldner ohne verwertbares Vermögen und Einkommen die Stufe des eröffneten Insolvenzverfahrens überspringen und unmittelbar in das Restschuldbefreiungsverfahren übergeleitet werden.
- **Die Reform des Kontopfändungsschutzes** ist Teil des Maßnahmenpakets zur Verbesserung der unbefriedigenden Situation von Bürgerinnen und Bürgern ohne Konto.
- **Kreditgeber werden zukünftig gesetzlich verpflichtet**, vor der Vergabe auch schon von Kleinstkrediten ab 200 Euro die Kreditwürdigkeit des Verbrauchers zu bewerten.

IV.3 Mindestsicherung weiterhin gewährleisten

Von der statistischen Definition des relativen Armutsrisikos unterscheidet sich das soziokulturelle Existenzminimum dadurch, dass es auf tatsächlichen Verbrauchsausgaben basiert. Die Inanspruchnahme dieser Mindestleistungen zeigt das Ausmaß, in dem Teile der Bevölkerung einen zugesicherten Mindeststandard nur mit Unterstützung des Systems der sozialen Sicherung er-

reichen. Zu diesem Mindeststandard gehört in Deutschland nicht nur die Erhaltung der physischen Existenz, sondern eine der Würde des Menschen entsprechende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt und dem Kommunalen Optionsgesetz wurde das Neben- und zum Teil auch Gegeneinander zweier Fürsorgeleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe) durch ein einheitliches Leistungssystem aus einer Hand für erwerbsfähige Hilfebedürftige ersetzt – die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II). Erwerbsfähige Hilfebedürftige und ihre Angehörigen erhalten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Ebenso sichert die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach wie vor im SGB XII das soziokulturelle Existenzminimum ab.

Die Regelsätze der Sozialhilfe sind zugleich die Referenzgröße für andere steuerfinanzierte Fürsorgeleistungen, insbesondere die Regelleistungen nach dem SGB II. Im Regelsatz sind nun bis auf wenige Ausnahmen auch die bisherigen einmaligen Leistungen pauschaliert enthalten. Nach der Neuordnung der Mindestsicherungssysteme spielt die HLU außerhalb von Einrichtungen nur noch eine zahlenmäßig geringe Rolle. Hatten Ende 2004 noch 1,46 Mio. Haushalte mit 2,9 Mio. Personen HLU außerhalb von Einrichtungen bezogen, waren es Ende 2006 nur noch 73.000 Haushalte mit 82.000 Personen.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurde im Jahr 2003 eingeführt. Kernelement der Grundsicherung ist, dass das Einkommen von Kindern oder Eltern der Antragsberechtigten – anders als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt – grundsätzlich nicht berücksichtigt wird, d. h. kein Rückgriff stattfindet. Der Anstieg von 439.000 Personen im Leistungsbezug der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung seit Einführung auf insgesamt rund 682.000 Personen Ende 2006 ist insbesondere der Aufdeckung verschämter Altersarmut und einer darauf ausgerichteten Informationskampagne geschuldet. Hinzu kommt ein neuer berechtigter Personenkreis von Eltern erwerbsgeminderter Erwachsener durch den Wegfall der Unterhaltsvermutung. Bei den ab 65-jährigen ausländischen Männern bezog mehr als jeder Zehnte Grundsicherungsleistungen (Deutsche 1,4%), bei den ausländischen Frauen ab 65 Jahren gut jede Sechste (Deutsche 2,2%). Dies ist auf geringere Einkommen der ausländischen Mitbürger während der Erwerbsphase sowie kürzere Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückzuführen.

Maßnahmen:

- **Gesamtdeutsche Regelsatzfestsetzung:** Auf Grundlage der Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 basiert die Regelsatzbemessung seit 2007 erstmals auf einer gesamtdeutschen Verbrauchsstruktur. Sie wurde zum 1. Juli 2007 in allen Ländern einheitlich auf 347 Euro festgesetzt.
- **Regelsatzanpassung:** Die Regelsätze und Regelleistungen werden entsprechend der Rentenanpassung 2008 erhöht und lassen damit Sozialhilfe- und Grundsicherungsbezieher an der positiven Einkommensentwicklung teilhaben.

IV.4 Reichtumsaspekte: Einkommen und Vermögen zusammen betrachtet

Die Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005 beauftragte die Bundesregierung, Forschungsdefizite im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung auch in Bezug auf Reichtum abzubauen. Dies ist mit mehreren Forschungsprojekten erfolgt, deren Ergebnisse in diesen Bericht einbezogen wurden. Dabei lagen die Schwerpunkte auf der integrierten Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung und dem Zusammenhang zwischen der Gewinnsituation von Unternehmen, der Einkommenserzielung von Führungskräften und den Mechanismen zur Rekrutierung wirtschaftlicher Führungseliten.

Darüber hinaus wurden mit dem laufenden Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Einstellungen zum Sozialstaat“ Analysen über die Einstellungen der Bevölkerung zu Reichtum, Wohlstand und Ungleichheit einbezogen. Die Meinungen der Bürger in Deutschland sind bei der Frage, was als Reichtum wahrgenommen wird, geteilt. Danach wird Reichtum nicht nur mit finanziellen Potenzialen in Zusammenhang gebracht, sondern vielmehr wird der Begriff der Gesundheit an dieser Stelle am häufigsten genannt. Bildungschancen spielen ebenfalls für viele Befragte eine große Rolle.

Die erstmalige gemeinsame Betrachtung von Einkommen und Vermögen aus der Erhebung der EVS 2003 zeigt ein umfassenderes Bild finanziellen Reichtums. Nach der in der Wissenschaft gebräuchlichsten Abgrenzung relativen Reichtums als Verfügung über ein Nettoäquivalenzeinkommen, das mindestens doppelt so hoch ist wie das mittlere Einkommen, sind 6,4% der Gesamtbevölkerung reich in der einfachen Einkommensverteilung (Anteil der Personen mit mehr als 3.268 Euro netto/Monat). Betrachtet man die umfassendere integrierte Einkommens- und Vermögensperspektive (Anteil der Personen mit mehr als 3.418 Euro netto/Monat) beträgt der Anteil 8,8%. Dieses auf Personen bezogene, äquivalenzgewichtete Einkommen gilt für Alleinlebende und muss für größere Haushalte durch Multiplikation mit den entsprechenden Äquivalenzgewichten ermittelt werden (Paarhaushalt mit zwei Kindern unter 14 Jahren 6.863 Euro net-

to/Monat). Unterschiede beim allgemeinen Gesundheitszustand und bei der Wahrscheinlichkeit eines früheren Todes (Mortalitätsrisiko) hängen ebenfalls mit der Einkommenshöhe zusammen.

Im Jahr 2006 waren Haushalte mit einem überdurchschnittlichen Einkommen (15% aller Haushalte mit Nettoeinkommen von über 3.200 Euro/Monat) mit 2,9 Personen pro Haushalt zugleich überdurchschnittlich groß. Rund 69% von ihnen lebten in selbst genutztem Wohneigentum, bei nur 42% aller Haushalte insgesamt in Deutschland war dies der Fall. Hinsichtlich der politischen und gesellschaftlichen Partizipation zeigt sich, dass nach wie vor ein starker Zusammenhang zwischen Einkommensposition und politischem ebenso wie zivilgesellschaftlichem Engagement besteht. Die Analyse der Parteimitgliedschaft belegt etwa, dass insbesondere Angehörige oberer Einkommensschichten und Akademiker in Parteien mitwirken.

IV.5 Bildungsbeteiligung ist gestiegen und muss weiter steigen

Das Bildungsniveau der Bevölkerung ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Ursache hierfür ist, dass ein wachsender Anteil der Bevölkerung über hoch qualifizierende Bildungsabschlüsse verfügt. Dies ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da zukünftig ein steigendes Qualifikationsniveau erforderlich ist. Die Nachfrage der Wirtschaft nach Un- bzw. Geringqualifizierten sinkt, so dass Bildungsanstrengungen bereits im frühkindlichen Bereich verstärkt ansetzen müssen, um die Zugangschancen für alle zu verbessern.

Gleichzeitig blieb der Anteil der 18- bis 24-Jährigen mit geringen formalen Qualifikationen zwischen 1996 und 2006 nahezu konstant. Im Jahr 2006 lag der Anteil der so genannten frühen Schulabgänger zwar mit 13,8% deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 15,3%, jedoch weiterhin über der europäisch vereinbarten Zielmarke von 10% für das Jahr 2010. Hierbei handelt es sich um junge Menschen im Alter von 18 bis 24 Jahren ohne Sekundarbereich II-Abschluss, die also weder die Fachhochschul- oder Hochschulreife noch einen beruflichen Bildungsabschluss haben und sich auch nicht in Aus- oder Weiterbildung befinden. Während bei dieser Gruppe in Westdeutschland ein leichter Rückgang von 15,1% auf 14,6% zu verzeichnen ist, stieg ihr Anteil in Ostdeutschland zwischen 1996 und 2006 von rund 6% auf 11% an.

Der Anteil der 18- bis 24-Jährigen, die weder einen Abschluss des Sekundarbereichs I (Haupt- oder Realschule) noch einen anderen allgemein bildenden oder beruflichen Abschluss haben und sich nicht in Ausbildung befinden, ist seit 1996 geringfügig um 0,3 Prozentpunkte auf 2,4% im Jahr 2006 gestiegen. Der Anteil der Jugendlichen, die die Schule ohne Abschluss verlassen (so genannte Schulabbrecher) ist jedoch deutlich höher und lag im Jahr 2006 bei 7,9%. Dies zeigt, dass die deutliche Mehrheit der sogenannten Schulabbrecher später mit Erfolg eine „zweite Chance“ ergreifen und die Möglichkeiten der Nachqualifizierung nutzen, um einmal versäumte Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse nachzuholen. Ziel sollte es jedoch sein, die Zahl

derer, die erst durch Nachqualifizierung den Weg in Ausbildung und Beruf finden, durch Bildungsangebote in früheren Lebensphasen zu verringern. Vorrangig geht es darum, dass möglichst früh die für Erfolg in Ausbildung, Beruf und die Verwirklichung eigener Lebensentwürfe notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse erworben werden. Diese ermöglichen den Erwerb von entsprechenden Bildungsabschlüssen.

Der berufliche Bildungsabschluss hat entscheidenden Einfluss auf Beschäftigung und Einkommen. Während die Erwerbstätigenquote (hier bezogen auf die 25- bis 65-Jährigen) für Personen mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss rund 85% im Jahr 2006 betrug, waren nur 53,5% der Personen ohne beruflichen Abschluss erwerbstätig. 18,1% der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren befindet sich nicht in Ausbildung und verfügt dabei über keinen berufsqualifizierenden Abschluss. Während der Anteil der Frauen ohne beruflichen Abschluss im Zeitraum von 1996 bis 2006 um erfreuliche 1,8 Prozentpunkte gesunken ist, ist dieser Anteil bei den Männern insbesondere aufgrund der Entwicklung in Ostdeutschland um 2,5 Prozentpunkte gestiegen. Betrachtet man die berufliche Ausbildung bei Personen im Alter von 35 Jahren als abgeschlossen, so bleiben 15% der Bevölkerung dauerhaft ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung und haben damit stark eingeschränkte Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt.

Personen, die drohen, auf einem geringen Qualifikationsniveau stehen zu bleiben, brauchen Unterstützung und Ermutigung, um ihre Potenziale stärker auszuschöpfen. Dabei kommt es gleichermaßen auf das Offerieren von Bildungschancen wie auf eine wirkungsvolle Aktivierung der Menschen an, diese auch erfolgreich wahrzunehmen. Gleichberechtigte schulische und berufliche Ausbildung sind auch wichtige Elemente, um die Teilhabe- und Verwirklichungschancen behinderter Menschen in Deutschland zu verbessern. Über eine amtlich anerkannte Behinderung berichten Männer und Frauen mit niedrigem Berufsstatus 3,5- bzw. 1,9-mal häufiger als diejenigen mit hohem Berufsstatus.

Die Bundesregierung setzt sich weiterhin dafür ein, mehr Jugendliche für ein Hochschulstudium zu gewinnen. Mit einem Studium steigen die beruflichen Erfolgsaussichten sowie die Verdienstmöglichkeiten, während das Risiko von Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut sinkt. Gleichzeitig werden mehr Hochschulabsolventen benötigt, um einem zukünftigen Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Im Zehnjahresvergleich stieg der Anteil der Hochschulabsolventen an der Gruppe der 15- bis unter 65-Jährigen von 10,3% im Jahr 1996 auf 12,6% im Jahr 2006. Besonders deutlich zeigt sich diese Entwicklung bei jüngeren Frauen (30 bis unter 35 Jahre) 16,8% von ihnen verfügten 2006 in Westdeutschland über einen Hochschulabschluss. Im Jahr 1996 lag dieser Anteil noch bei 11,5%. Die jungen Frauen haben die jungen Männer bei den Hochschulabschlüssen damit fast eingeholt und in Ostdeutschland sogar bereits überholt.

Zwischen dem Bildungserfolg der Eltern und der Kinder besteht ein deutlicher Zusammenhang, der sich in der unterschiedlichen Bildungsbeteiligung der Kinder von Akademikern und Nichtakademikern zeigt. 83% der Kinder von Vätern mit Hochschulabschluss studieren ebenfalls, während dies nur für 23% der Kinder von Nichtakademikern zutrifft. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang bei der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Kinder von gering qualifizierten Zuwanderern erreichen sehr häufig nur den Hauptschulabschluss, während Kinder qualifizierter Zuwanderer ebenso häufig wie deutsche Kinder studieren. Eine vergleichbare Entwicklung ist auch bei der Erwerbsbeteiligung zu beobachten. Gering Qualifizierte haben erwartungsgemäß eine niedrigere Erwerbsbeteiligung, dies trifft insbesondere in der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund zu. Auch wenn die Ursachen für soziale Ungleichheit vielschichtig sind, können von Bildungseinrichtungen wirkungsvollere Beiträge zur Verringerung sozialer Ungleichheit erwartet werden, als dies bisher der Fall ist. Die bestmögliche Aktivierung der Potentiale von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist dazu der entscheidende Schlüssel.

Lebenslanges Lernen wird immer wichtiger, um Teilhabechancen in der Gesellschaft und am Arbeitsmarkt dauerhaft zu sichern. In hochindustrialisierten Ländern wie Deutschland verstärkt sich die Tendenz zu qualifizierteren Tätigkeiten mit höheren Mobilitäts- und Qualifikationsanforderungen. Gerade deshalb ist die zu niedrige Beteiligung an Weiterbildung in Deutschland im internationalen Vergleich problematisch. Insbesondere Personen mit geringer Qualifikation nehmen zu wenig Weiterbildungsangebote wahr. Um Teilhabechancen am Arbeitsmarkt dauerhaft zu sichern und insbesondere Geringqualifizierte und ältere Arbeitnehmer/-innen zu fördern, bleibt die berufliche Weiterbildung ein Kernelement der Arbeitsmarktpolitik der Bundesregierung und der Bundesagentur für Arbeit. Die Weiterbildungsbeteiligung der 25- bis 65-Jährigen in Deutschland soll bis 2015 von derzeit rund 43% auf 50% gesteigert werden.

Maßnahmen:

- **Qualifizierungsinitiative der Bundesregierung:** Im Januar 2008 hat die Bundesregierung ein Maßnahmenbündel beschlossen, das Aktivitäten zur Förderung und Unterstützung über den gesamten Lebensweg von der frühkindlichen Bildung bis zur Weiterbildung im Beruf umfasst. In Kooperation mit Ländern, Unternehmen, Sozialpartnern und anderen Akteuren sollen unter dem Leitgedanken „Aufstieg durch Bildung“ die Bedingungen für Bildung und Qualifizierung in allen Bildungsbereichen verbessert werden.
- **Der Auf- und Ausbau schulischer Ganztagsangebote bis 2009** wird durch den Bund im Rahmen des Investitionsprogramms „Zukunft Bildung und Betreuung“ mit vier Mrd. Euro unterstützt. Ziele sind die bessere individuelle Förderung aller Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, die ihnen den Zugang zu weiterführender Bildung und Qualifikation ermöglicht, sowie die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

- **Programm „Schulverweigerung – Die 2. Chance“:** Mit Fördermitteln aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) und lokaler Kofinanzierung werden seit Herbst 2006 an bundesweit 73 Standorten so genannte harte Schulverweigerer vor allem an Hauptschulen erfolgreich in das Regelschulsystem reintegriert. Dadurch steigen ihre Chancen auf einen Schulabschluss und eine erfolgreiche berufliche Integration nach der Schule erheblich.
- **Nationaler Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs:** Die Paktzusagen (je Paktjahr 30.000 neue Ausbildungsplätze und 25.000 Plätze für Einstiegsqualifizierungen) wurden klar übertroffen. Der Pakt wurde im März 2007 für weitere drei Jahre verlängert und fortentwickelt (60.000 neue Ausbildungsplätze und 40.000 Plätze für Einstiegsqualifizierungen sowie 30.000 neue Betriebe für die Ausbildung).
- **Ausbildungsbonus:** Im Rahmen des Konzepts „Jugend – Ausbildung und Arbeit“ sollen bis 2010 etwa 100.000 zusätzliche Ausbildungsplätze für Jugendliche geschaffen werden, die schon seit längerem vergeblich einen Ausbildungsplatz suchen. Arbeitgebern, die zusätzliche Ausbildungsplätze für förderbedürftige Bewerber schaffen, wird einmalig ein so genannter Ausbildungsbonus in Höhe von 4.000 bis 6.000 Euro je Auszubildendem gewährt.
- **Modernisierung des dualen Systems:** Der Innovationskreis „Berufliche Bildung“ hat 10 Leitlinien zur Modernisierung und Strukturverbesserung der beruflichen Bildung verabschiedet, die u. a. darauf zielen, die Übergänge in die Ausbildung zu verbessern, kurzfristig mit Hilfe zielgerichteter Maßnahmen zur Sicherung und Steigerung des Ausbildungsangebots beizutragen sowie die Durchlässigkeit von der beruflichen Bildung in die Hochschule zu verbessern.
- **Hochschulpakt mit den Ländern:** Bis zum Jahr 2010 sollen rund 90.000 zusätzliche Studienanfängerinnen und Studienanfänger aufgenommen werden.
- **Aufstiegsstipendien:** Ab 2008 werden nicht rückzahlpflichtige Aufstiegsstipendien an begabte studierwillige Absolventinnen und Absolventen einer dualen Ausbildung vergeben.
- **Verbesserung der Ausbildungsförderung:** Ab Herbst 2008 werden die BAföG-Sätze und die Elternfreibeträge des BAföG erhöht, die Hinzuverdienstgrenze wird für alle Auszubildenden auf 400 Euro monatlich ausgedehnt. Auszubildende mit Kindern werden zukünftig durch einen pauschalen Kinderbetreuungszuschlag stärker unterstützt. Migrantenkinder erhalten leichter Zugang zum BAföG.
- **Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen – WeGebAU:** Mit dem 200 Mio. Euro-Programm verbessert die Bundesagentur für Arbeit die Beschäftigungsfähigkeit und die Weiterbildungsbeteiligung dieser Personengruppen.
- **Bildungsprämie:** Mit Hilfe einer Bildungsprämie von bis zu 154 Euro pro Jahr sowie von Weiterbildungsdarlehen sollen Motivation und Verantwortung des Einzelnen gestärkt werden, für den Erhalt seiner Beschäftigungsfähigkeit durch berufliche Weiterbildung Vorsorge zu treffen. Außerdem soll es künftig möglich sein, aus dem nach dem Vermögensbildungsge-

setz gebildeten Ansparguthaben Mittel für die berufliche Weiterbildung bereits vor Ende der Bindungsfrist zu entnehmen.

- **Forschungs- und Entwicklungsschwerpunkt „Grundbildung für Erwachsene“** soll dazu beitragen, möglichst viele der rund vier Mio. Menschen mit funktionalem Analphabetismus in das Lernen im Lebenslauf einzubeziehen.

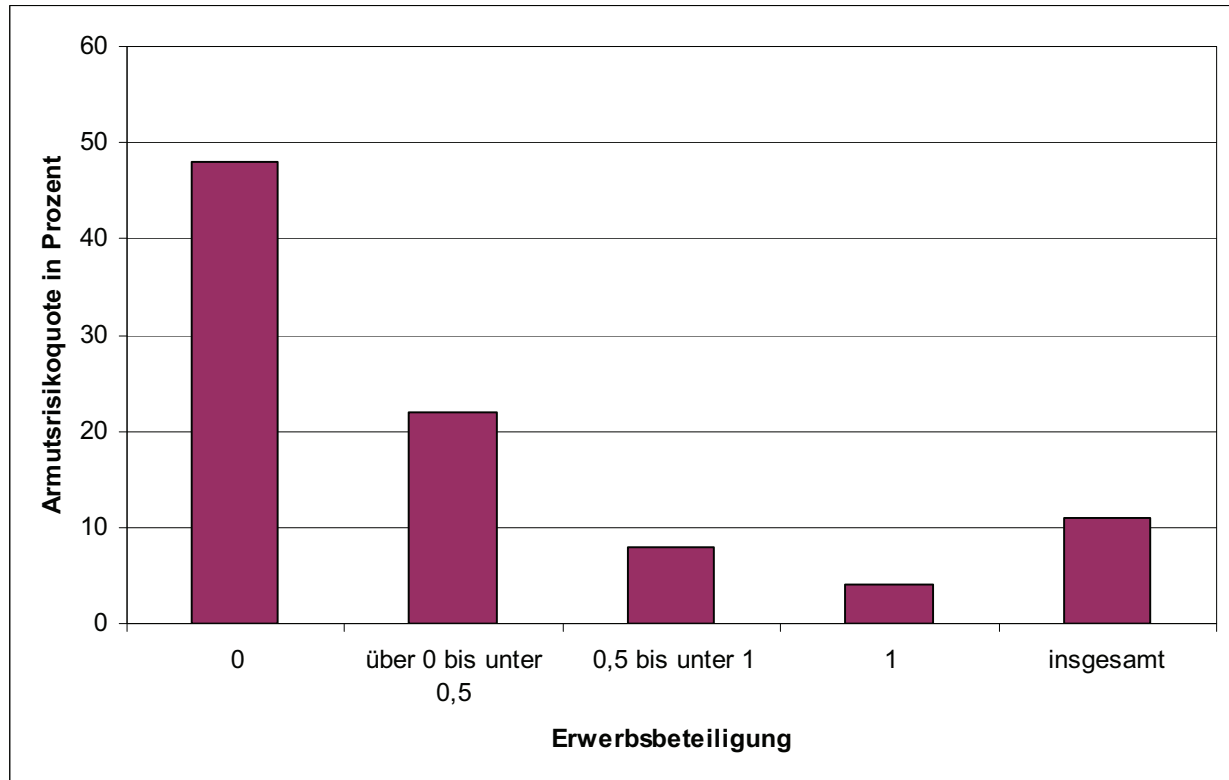
IV.6 Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern – benachteiligte Kinder fördern

Der Wandel in den Familienstrukturen der Bevölkerung hält an. Die Zahl der Alleinlebenden steigt, insbesondere bei den unter 65-Jährigen. Neben dem traditionellen Familienbild verfestigen sich neue Formen familiären Zusammenlebens. Der Anteil der Kinder, die in Haushalten von Alleinerziehenden und von nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben, nimmt zu. Inzwischen wachsen knapp 16% der minderjährigen Kinder bei alleinerziehenden Elternteilen auf im Vergleich zu rund 12% im Jahr 1996.

Die große Mehrzahl der Familien bewältigt ihr Leben selbständig und lebt in sicheren materiellen Verhältnissen. Die Analyse zeigt dabei einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Nichterwerbstätigkeit der Eltern und dem Armutsrisiko von Familien und Kindern. Mit der Aufnahme einer Vollzeitbeschäftigung durch ein oder mehrere erwerbsfähige Haushaltsmitglieder sinkt die Armutsgefährdung von Familien mit Kindern von 48% auf 8% bzw. 4%.

Schaubild 3

Armutsrisikoquoten von Haushalten mit Kindern nach Erwerbsbeteiligung¹⁾ 2005 in Prozent



- 1) Der Vollzeitbeschäftigung aller Haushaltsmitglieder im erwerbsfähigen Alter entspricht der Faktor 1. Bei einer Erwerbsbeteiligung von 0 geht kein Haushaltsmitglied im erwerbsfähigen Alter einer Beschäftigung nach. Bei 0,5 ist z. B. einer von zwei erwerbsfähigen Haushaltsmitgliedern vollzeiterwerbstätig oder beide halbtags.

Quelle: Eurostat 2008, EU-SILC 2006

Sozial- und familienpolitische Transferleistungen reduzieren die relative Einkommensarmut von Familien deutlich. So senkt die Zahlung staatlicher Transferleistungen die Armutsrisikoquote von Kindern um fast zwei Drittel von 34% auf im europäischen Vergleich geringe 12%. Damit liegt sie nach EU-SILC 2006 zwar einen Prozentpunkt unter dem Anteil der Gesamtbevölkerung, muss aber weiter reduziert werden.

Das monetäre Armutsrisiko beschreibt die Einschränkung der Teilhabechancen von Kindern nur unzureichend. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich zusätzlich Entwicklungsdefizite, soziale Benachteiligungen bis hin zu Unterversorgung mit der Folge möglicher gesundheitlicher Probleme. In sozial benachteiligten Familien haben Kinder häufiger Übergewicht, zeigen häufiger sozial auffälliges Verhalten und nehmen seltener an aktiver Freizeitgestaltung, etwa an Sportangeboten teil. Die Bundesregierung versteht die Bekämpfung von Begleiterscheinungen und Ausprägungen von Kinderarmut als gemeinsame Aufgabe mit Ländern und Kommunen über alle Politikebenen hinweg. Dort, wo den Familien die notwendigen Ressourcen nicht zur

Verfügung stehen, ist es Aufgabe von Staat und Gesellschaft, Angebote zur Betreuung und Bildung von Kindern bereit zu stellen und Alltags-, Familien- und Erziehungskompetenzen zu vermitteln. Die frühkindliche Bildung und Betreuung hat hier in zweifacher Hinsicht große Bedeutung: Für die Eltern bei der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung und für die Kinder mit Blick auf ihre Bildungschancen, insbesondere dann, wenn sie aus bildungsfernen und ressourcenarmen Familien kommen. Die Bundesregierung setzt deshalb auf einen abgestimmten Maßnahmenkatalog aus finanziellen Hilfen, einer familienorientierten Arbeitswelt und einer umfassenden Betreuungsinfrastruktur.

Maßnahmen:

- **Tagesbetreuungsausbaugesetz/Kinderförderungsgesetz:** Bund, Länder und Kommunen haben sich darauf verständigt, über das für 2010 angestrebte Ziel (20% Versorgungsgrad) hinaus bis zum Jahr 2013 für bundesdurchschnittlich 35% der Kinder unter drei Jahren Betreuungsplätze in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege zu schaffen. Bis Ende 2008 soll ein Rechtsanspruch auf ein Betreuungsangebot für alle Kinder vom vollendeten ersten bis zum vollendeten dritten Lebensjahr mit Beginn des Kindergartenjahres 2013/2014 gesetzlich verankert werden. Ab 2013 soll für diejenigen Eltern, die ihre ein bis drei Jahre alten Kinder nicht in Tageseinrichtungen betreuen lassen wollen oder können, eine monatliche Zahlung (zum Beispiel Betreuungsgeld) eingeführt werden.
- **Elterngeld seit 2007:** Das Elterngeld gewährleistet eine finanzielle Sicherung der Familie nach der Geburt des Kindes. Es beträgt 67% des durchschnittlich vor der Geburt monatlich verfügbaren laufenden Erwerbseinkommens, höchstens jedoch 1.800 Euro und mindestens 300 Euro. Für Geringverdiener mit einem Nettoeinkommen von weniger als 1.000 Euro wird die Ersatzrate auf bis zu 100% angehoben. Von der Geringverdienerkomponente profitieren rund 20% der Familien.
- **Mehr Geld für Familien mit Kindern:** Im Herbst 2008 wird die Bundesregierung ihren Siebten Bericht über die Höhe des steuerfrei zu stellenden Existenzminimums von Erwachsenen und Kindern vorlegen. Die Ergebnisse sind maßgeblich für die Höhe des steuerlichen Grundfreibetrags und der steuerlichen Berücksichtigung von Kindern. In diesem Zusammenhang hat der Deutsche Bundestag bereits 1995 den Beschluss gefasst, dass bei einer höheren steuerlichen Förderung von Kindern auch das Kindergeld „entsprechend“ anzupassen sei. Die Koalition ist sich einig, dass zum 1. Januar 2009 Familien mit Kindern mehr Geld erhalten sollen. Der Bund wird hierzu im Bundeshaushalt entsprechende Vorsorge treffen. Über die Größenordnung und die konkrete Art der Entlastung der Familien mit Kindern ist noch zu beraten. Dabei sollen die Erkenntnisse über armutsreduzierende Wirkungen berücksichtigt werden.
- **Kinderzuschlag:** Ab 2009 wird der Kreis der Berechtigten ausgeweitet und das Verfahren vereinfacht, indem einheitliche Grenzen für das Mindesteinkommen gelten. Außerdem wird

die Abschmelzrate für Einkommen aus Erwerbstätigkeit von 70% auf 50% gesenkt. Im Zusammenspiel mit den geplanten Leistungsverbesserungen im Wohngeld werden mit dem Kinderzuschlag zukünftig insgesamt rund 106.000 Familien und damit 250.000 Kinder (bisher 100.000 Kinder) vom Arbeitslosengeld II unabhängig.

- **Förderprogramm Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung:** Von 2008 bis 2011 werden Plätze in Betriebeskindergärten für Kinder von Beschäftigten kleinerer und mittelgroßer Unternehmen mit bis zu maximal 6.000 Euro pro Platz und Jahr aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds gefördert.
- **Die verbesserte steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten** und weiterer familienunterstützender Dienstleistungen trägt seit 2006 ebenfalls zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei, besonders für berufstätige Eltern und Alleinerziehende.
- **Verbesserung des Kinderschutzes:** Beim Kinderschutzgipfel im Dezember 2007 wurden zwischen Bund und Ländern Maßnahmen zur Qualifizierung und höheren Verbindlichkeit der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, einer engen Verzahnung von Jugendhilfe und Gesundheitssystem sowie die Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls vereinbart. Die Kampagne „Ich geh zur U! und Du?“ der Bundesministerien und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fördert die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.

IV.7 Nachhaltige Gesundheits- und Pflegepolitik weiterentwickeln

Auch in einem hoch entwickelten Sozialstaat wie der Bundesrepublik Deutschland lässt sich eine Wechselwirkung zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage feststellen. Einerseits wird ein Teil der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken durch die Bildung, das Wohn- und Arbeitsumfeld und die erzielte Einkommensposition beeinflusst. Gesundheitsstörungen und Krankheiten, insbesondere wenn sie länger andauern, können sich andererseits nachteilig auf die Bildungs-, Erwerbs-, und Einkommenschancen auswirken und die gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigen.

Wie bereits bei der Entwicklung von Kindern beschrieben, gibt es einen Zusammenhang zwischen einem niedrigen Bildungsniveau und Gesundheitsverhalten auch bei Erwachsenen. Unter Berücksichtigung der Altersunterschiede sind Männer aus der niedrigsten im Vergleich zu denjenigen aus der höchsten Berufsstatusgruppe fast dreimal und Frauen fast fünfmal häufiger gesundheitlich beeinträchtigt. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit zeigen, dass unter Berücksichtigung von Altersunterschieden in der Zusammensetzung der Einkommensgruppen ein bestehendes monetäres Armutsrisiko die Chance auf einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand etwa halbiert. Auch Männer und Frauen mit Migrationshintergrund sind häufiger nachteiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt, was zu feststellbaren Unterschieden im Gesundheitszustand führt.

Maßnahmen:

- **Gesundheitsreform 2007:** Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde über 120.000 Menschen, die bisher ohne Versicherungsschutz waren, der Weg in die gesetzliche oder private Krankenversicherung ermöglicht.
- **Überforderungsregelungen bei Zuzahlung** schützen Sozialhilfe- oder Arbeitslosengeld II-Bezieher vor unzumutbaren finanziellen Belastungen. Für die Ermittlung der Belastungsgrenze wird für die gesamte Bedarfsgemeinschaft lediglich der Regelsatz des Haushaltsvorstandes berücksichtigt.
- **Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit:** Die Strategie soll bis Sommer 2008 vom Kabinett verabschiedet werden. Sie strebt eine umfassende Gesundheitsförderung an und führt die zentralen Aktivitäten der Bundesregierung zusammen. Die frühzeitige Stärkung von Gesundheitskompetenzen, von personalen, familiären und sozialen Ressourcen ist dabei ein Schwerpunkt.
- **Gesundheitliche Aufklärung:** Bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung bzw. bei weiteren regionalen Akteuren wurden so genannte „Regionale Knoten“ in allen Bundesländern angesiedelt, die die Identifizierung und möglichst flächendeckende Verbreitung vorbildlicher Projekte zur Aufgabe haben.
- **Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden Pflichtleistung der GKV:** Grundsätzlich haben seit dem 1. April 2007 alle Mütter und Väter Anspruch auf stationäre Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation. Die Krankenkassen müssen medizinisch notwendige Kuren bewilligen.

Von den rund 2,1 Mio. Pflegebedürftigen, die im Jahr 2006 Leistungen der Pflegeversicherung bezogen, wurden rund 1,4 Mio. zu Hause versorgt. Rund 700.000 lebten in Heimen, davon rund 69.000 in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Aufgrund der sich ändernden Familienstrukturen ist in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg des Anteils der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 0,5% pro Jahr zu verzeichnen. Auch unter den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen nahm die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen leicht zu. Nach Einführung der Pflegeversicherung ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) um 40% auf 273.063 Personen (Ende 2006) zurückgegangen.

Maßnahme:

- **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom März 2008:** Die Leistungen werden noch besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet und durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ die häuslichen Versorgungsstrukturen gestärkt. Über die Anhebung der Leistungsbeträge im Bereich der häuslichen Pflege hinaus wurde ein Anspruch auf Pflegeberatung (Fallmanagement) eingeführt, sowie eine bessere Unterstützung von Demenzkranken und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegezeiten mit Rück-

kehrrecht an den Arbeitsplatz eröffnet. Die Länder haben die Möglichkeit, die Einrichtung von Pflegestützpunkten zum Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen zu veranlassen.

IV.8 Wohnbedingungen weiter verbessert – Wohnungslosigkeit reduziert

Der langfristig positive Trend in der Entwicklung der Wohnungsversorgung einkommensschwacher Haushalte setzt sich fort. So beurteilten 59% der befragten Mieterhaushalte insgesamt nach SOEP im Jahr 2006 gegenüber nur 50% im Jahr 1996 den baulichen Zustand ihrer Wohngebäude als gut, was vor allem auf die Verbesserung des Gebäudebestandes in Ostdeutschland zurückzuführen ist. Die durchschnittliche Wohnfläche von Wohngeldbeziehern (Hauptmietern) insgesamt ist zwischen 2005 und 2006 sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland um drei Quadratmeter gesunken, während die Wohnfläche von Mehrpersonenhaushalten dabei konstant blieb bzw. leicht angestiegen ist.

Mit einem jährlichen Anstieg von durchschnittlich 1,1% entwickelten sich auch die Wohnungsmieten von 1998 bis 2006 moderat. Allerdings wurden infolge der zwischen 2002 und 2006 stark gestiegenen Energiepreise um durchschnittliche 7,2% pro Jahr die so genannten warmen Wohnnebenkosten zu einer finanziellen Belastung, insbesondere für einkommensschwache Haushalte.

Einkommensschwache Haushalte sind in ihrem Wohnumfeld stärkeren Belastungen durch Straßenverkehr, Lärm und verkehrsbedingte Luftschadstoffe ausgesetzt. In vielen deutschen Städten sind Quartiere mit einer Konzentration von städtebaulichen, wirtschaftlichen und sozialen Problemen entstanden. Eine zentrale wohnungs- und sozialpolitische Herausforderung ist es daher, die sozialräumliche Segregation in den Städten aufzuhalten. Eine angemessen ausgestattete und bezahlbare Wohnung und ein Wohnumfeld, das die Gesundheit der Bewohner und die Entwicklungschancen, insbesondere für Kinder garantiert, sind elementare Voraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe.

Mit der Wohngeldreform zum 1. Januar 2009 werden die Wohngeldleistungen für einkommensschwache Haushalte deutlich verbessert und damit die Attraktivität des Wohngeldes wieder gestärkt.

Maßnahmen:

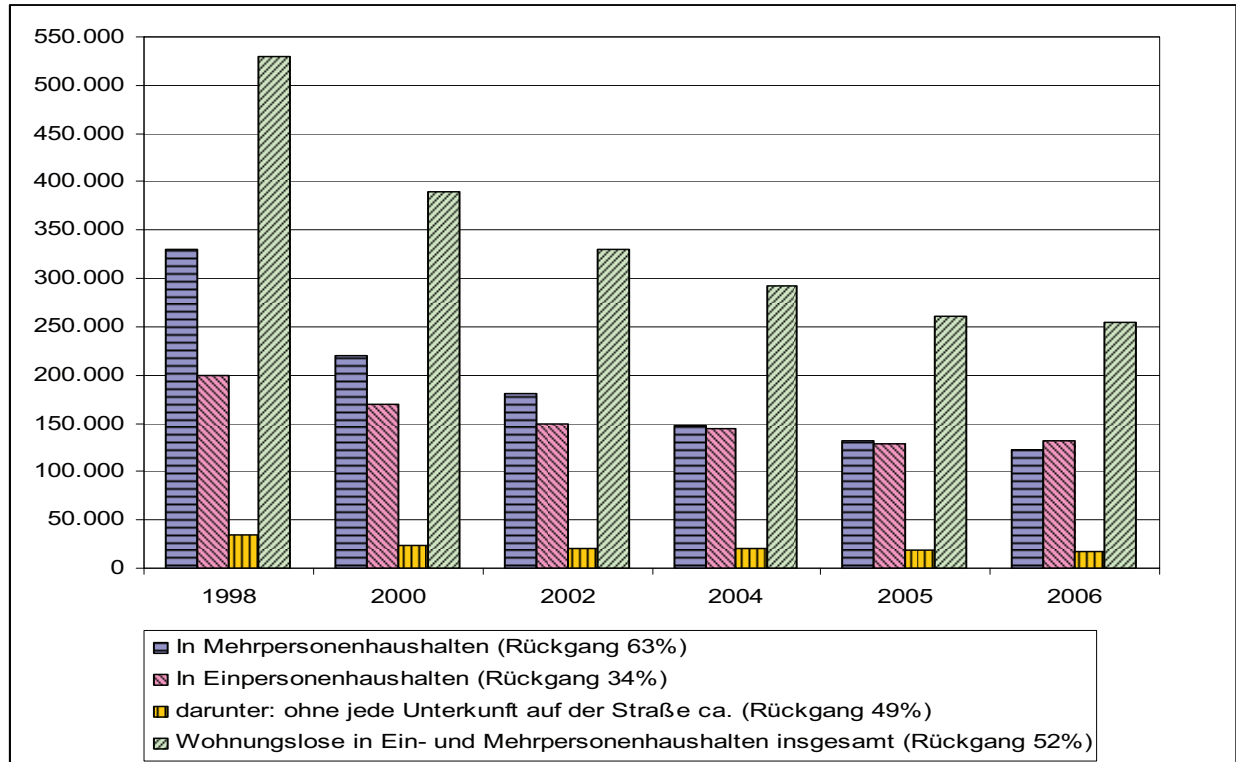
- **Angemessene Unterkunftskosten für Transfergeldbezieher:** Leistungsbezieher nach dem SGB II und SGB XII erhalten seit 2005 statt Wohngeld Leistungen für angemessene Unterkunft und Heizung.
- **Novelle Wohngeldgesetz zum 1. Januar 2009:** Die Wohngeld-Tabellenwerte werden um 8% und die Miethöchstbeträge um 10% erhöht. Dafür werden insgesamt 520 Mio. Euro aufgewandt. Zukünftig werden erstmals die Heizkosten in pauschalierter Form einbezogen. Mit dem Wohngeld wird in Verbindung mit dem reformierten Kinderzuschlag eine spürbare Entlastung für etwa 70.000 einkommensschwache Haushalte außerhalb des Sozialgesetzbuches erreicht.
- **Soziale Wohnraumförderung:** Mit der Föderalismusreform ist die Zuständigkeit der sozialen Wohnraumförderung vom Bund auf die Länder übergegangen. Dies trägt der zunehmenden Ausdifferenzierung der Wohnungsmärkte Rechnung.
- **Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“:** Seit 2006 wurden die Bundesfinanzhilfen von 70 auf 110 Mio. Euro aufgestockt und zugleich die Förderungsmaßnahmen auf Modellvorhaben im Bereich der lokalen Ökonomie und der Beschäftigungspolitik, der Jugend- und Bildungspolitik sowie der sozialen Integration – auch der Integration von Zuwanderern – erweitert.

Wohnungslose

Die Zahl der wohnungslosen Personen lag nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) im Jahr 2006 bei 254.000 und damit bei weniger als der Hälfte gegenüber 1998 (530.000). Der jüngste Rückgang der Wohnungslosigkeit betrifft insbesondere Familien. Gegenüber den Schätzungen von 2003 hat sich die Zahl der wohnungslosen Kinder und Jugendlichen halbiert. Die verstärkte Präventionsarbeit der Kommunen zur Verhinderung von Wohnungsverlust sowie die Integrationsarbeit der Wohnungslosenhilfe zeigen damit ihre Wirkung.

Schaubild 4

Schätzungen zur Zahl der Wohnungslosen¹⁾



¹⁾ Jahresgesamtzahlen ohne wohnungslose Aussiedler

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe und Berechnungen des ISG

Gesellschaftliche Ausgrenzung kann mit selbstgewählter Abgrenzung zusammentreffen und sich wechselseitig verstärken. 71% der wohnungslosen Männer waren nach einer Befragung der BAG W verschuldet und 75% waren länger als ein Jahr arbeitslos, während 60% nur für einen begrenzten Zeitraum von bis zu einem Jahr wohnungslos waren. Bei Frauen waren die häufigsten Auslöser des Wohnungsverlustes Trennung oder Scheidung (23%), Auszug aus der elterlichen Wohnung (17%) und Gewalterfahrungen (16%). In besonderer Weise auf Sozialtransfers angewiesen sind von Gewalt betroffene Frauen. So ist ein hoher Anteil der Frauen (46%), die vor Partnergewalt ins Frauenhaus fliehen, auf Leistungen des SGB II angewiesen.

Gute Erfolge werden dort erzielt, wo Kommunen, Arbeitsgemeinschaften nach dem SGB II, Wohnungsunternehmen und freie Träger ihre Arbeit vernetzen. Die überwiegende Zahl der Wohnungslosen sind erwerbsfähig im Sinne des SGB II und können Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit erhalten. Daneben können auch Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem SGB XII gewährt werden.

Maßnahmen:

- **Wohnungslosigkeit vermeiden:** Um Wohnungslosigkeit zu vermeiden, können die Träger der Sozialhilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende die Kosten für Unterkunft und Heizung direkt an den Vermieter zahlen.
- **Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen:** Zielgerichtete Hilfen zum Schutz und zur Stärkung gewaltbetroffener Frauen sollen über ein breit gefächertes Unterstützungssystem von Frauenhäusern, Zufluchtswohnungen, Notrufen, Frauenberatungsstellen und Interventionsstellen bereitgestellt werden.
- **Aufsuchende Angebote der Straßensozialarbeit** sowie kommunale Anlaufstellen für die Grundversorgung sollen die medizinische Versorgung und die psychosoziale Beratung für Kinder und Jugendliche auf der Straße ermöglichen.

IV.9 Bürgerschaftliches Engagement und Integration stärken

In vielen gesellschaftlichen Bereichen und in der Politik greift die Erkenntnis, dass die zukunftsgerichtete Gestaltung unserer Gesellschaft und der nachhaltige gesellschaftliche Zusammenhalt nur zu gewährleisten ist, wenn die Bürger in die Gestaltung und Weiterentwicklung des Gemeinwesens einbezogen sind und selbst aktiv werden.

Die Einbindung in gesellschaftliches Leben erfolgt insbesondere auch durch bürgerschaftliches Engagement. Dieses erstreckt sich auf vielfältige Bereiche, wie z. B. in Heimat- und Kulturvereinen, Stadtteilinitiativen, Selbsthilfegruppen, Sportvereinen, sozialen und kulturellen Einrichtungen bis hin zu klassischen Ehrenämtern, Gremien, Vorständen, Gewerkschaften und in der Politik. Etwa zwei Drittel der Bevölkerung sind in diesem umfassenden Sinne in Strukturen der Zivilgesellschaft eingebunden. Aber auch hier wird ein Zusammenhang mit monetärer Armut erkennbar: Durchgängig sind Personen mit einem Einkommen unter der Armutsrisikogrenze weniger engagiert als Personen mit höherem Einkommen. Auch die politische Partizipation wird nach wie vor stark durch Bildungsstand, Einkommensposition und Ausländerstatus beeinflusst. Gezielte Angebote an einkommensschwache Bevölkerungsgruppen und niedrighschwellige Angebote im unmittelbaren Umfeld der Zielgruppen bleiben eine Herausforderung. Der Zugang einkommensschwacher Personen zu Mobilität und Kultur wird dort besser ermöglicht, wo Kommunen den Bezieher von Mindestsicherungsleistungen oder kinderreichen Familien Vergünstigungen bei der Nutzung von öffentlichem Personennahverkehr, Schwimmbädern und Angeboten in den Bereichen Kultur und Bildung anbieten.

Fast ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland sind inzwischen Personen mit Migrationshintergrund. Im Jahr 2005 waren darunter rund 7,3 Mio. Einwohner mit ausländischer Staatsbürgerschaft sowie 7,5 Mio. Eingebürgerte, Spätaussiedler und deren Nachkommen und damit

deutsche Staatsangehörige. In der Altersgruppe der Kinder unter sechs Jahren hatten im Jahr 2005 schon mehr als 30% einen Migrationshintergrund. Diese Zahlen belegen den Wandel in der deutschen Gesellschaft und verweisen auf die Notwendigkeit einer nachhaltigen Integrationspolitik, die die Potenziale der zugewanderten und hier geborenen Menschen mit Migrationshintergrund nutzt und fördert.

Das am 1. Januar 2005 in Kraft getretene Zuwanderungsgesetz garantiert allen Neuzuwandern (soweit sie sich rechtmäßig und dauerhaft in Deutschland aufhalten) ein einheitliches, bundesgesetzlich geregeltes Integrationsangebot. Über Migrantenorganisationen wird auch die politische Interessenvertretung von Ausländern und Menschen mit Migrationshintergrund übernommen. Die direkte Beteiligung der Zusammenschlüsse von Personen mit Migrationshintergrund bei der Erarbeitung des Nationalen Integrationsplans ist ein Beispiel dafür, wie ihre Interessen, Ressourcen und Belange in der Mehrheitsgesellschaft bekannt und anerkannt werden.

Selbstbestimmung und Teilhabe als Voraussetzung für die Chancengleichheit behinderter Menschen standen und stehen im Zentrum der Behindertenpolitik der Bundesregierung. Die Leistungsform Persönliches Budget drückt seit 2001 diesen Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik weg von der Fürsorge ganz konkret aus. Als Experten in eigener Sache können sie den Einkauf von Leistungen eigenverantwortlich und selbständig regeln. Persönliche Budgets helfen, die aktive Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Vorurteile und Benachteiligungen zu vermeiden.

Maßnahmen:

- **„Freiwilligendienste machen kompetent“:** Seit Herbst 2007 zielt dieses Programm auf den Aspekt bürgerschaftlichen Engagements als Mittel sozialer Integration. Die Partizipation benachteiligter Jugendlicher, die in den Freiwilligendiensten bisher deutlich unterrepräsentiert sind, soll damit gestärkt werden.
- **„Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010“:** Der Nationale Aktionsplan (NAP) verfolgt auch den Anspruch politischer Bildungsarbeit für Kinder und Jugendliche.
- **Nationaler Integrationsplan (NIP) seit Juli 2007:** Hier sind 400 Maßnahmen und Selbstverpflichtungen aller staatlichen Ebenen sowie der Vertreter der Bürgergesellschaft und der Migrantinnen und Migranten gebündelt. Die Selbstverpflichtungen des Bundes richten sich auf die Gewährleistung gleichberechtigter Mitwirkung von Personen mit Migrationshintergrund sowie deren Organisationen im Rahmen von Bundesprogrammen, Infrastruktur- und Netzwerkprojekten, bei Ausschreibungen und bei der Besetzung von Beiräten und Fachgremien.
- **Förderung wechselseitiger Akzeptanz:** Mit jährlich bis zu 500 gemeinwesenorientierten Projekten wird das Zusammenleben von Zuwanderern und Einheimischen in Zusammenarbeit mit zahlreichen Verbänden, Migrantenorganisationen, Stiftungen, Initiativen sowie Behörden auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gestärkt. Da Frauen häufig Motor der Integration in ihren Familien sind, wird ein Schwerpunkt der Förderung auf Projekte gelegt, die ihre Selbsthilfekräfte stärken.
- **Gesetz zur weiteren Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements:** Mit dem rückwirkend zum 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Gesetz wird das Gemeinnützigkeits- und Spendenrecht großzügiger ausgestaltet. Spender, Stiftungen, Vereine, Übungsleiter und die Spendenbereitschaft insgesamt werden gezielt unterstützt.
- **Rechtsanspruch auf Persönliches Budget:** Seit 1. Januar 2008 haben Menschen mit Behinderungen den Rechtsanspruch auf ein trägerübergreifendes persönliches Budget. Ein flankierendes Strukturverstärkungsprogramm für bestimmte Formen des Persönlichen Budgets (Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe behinderter Kinder) fördert die Inanspruchnahme.
- **Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit:** Verbände und Unternehmen sollen durch die Bündelung von Ressourcen und Beratungskompetenzen beim Abschluss von Zielvereinbarungen unterstützt werden, um Barrierefreiheit auch außerhalb des öffentlichen Rechts zu verankern.
- **Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen** in Zusammenarbeit mit den Ländern und den Organisationen behinderter Menschen ist bis Ende 2008 beabsichtigt.

V. Schlussfolgerung für eine konzertierte Politik der Armutsbekämpfung

Mit den Armuts- und Reichtumsberichten seit 2001 hat die Bundesregierung das Bewusstsein für die Notwendigkeit des sozialen Zusammenhalts und die Aktivitäten zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung deutlich gestärkt und vertieft. Auf Grund der föderalen Struktur Deutschlands wird die nachhaltige Vermeidung von Armut und das Ziel der sozialen Integration jedoch nur durch gemeinsame Aktivitäten auf allen staatlichen Ebenen und gemeinsam mit allen Akteuren der Zivilgesellschaft zu erreichen sein.

Auf den einzelnen Ebenen konnten in den vergangenen Jahren Fortschritte erzielt werden, wie die Sozialberichterstattung auch in Ländern und Kommunen belegt. Doch müssen diese Anstrengungen weiter verstärkt, besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden.

Eine sowohl die Fachebenen als auch die föderalen Strukturen überspannende Strategie zur Armutsvermeidung in den verschiedenen Teilhabebereichen könnte die funktionale Aufgabenverteilung unter den Akteuren überwinden und Synergieeffekte ausnutzen. Angelehnt an den Nationalen Integrationsplan sollten Handlungsfelder sowie der Beitrag der betroffenen Ebenen und Akteure der Zivilgesellschaft festgelegt werden.

Teil B: Einleitung

Mit dem 3. Armuts- und Reichtumsbericht setzt die Bundesregierung die 2001 begonnene Bestandsaufnahme der sozialen Lage in Deutschland fort. Sie schafft damit die notwendige Basis für eine fundierte Politik zur Stärkung der sozialen Gerechtigkeit und zur Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabe.¹ Die Analyse basiert auf der statistisch-empirischen Erfassung der gesellschaftlichen Realität in Deutschland mit ihren Gegenpolen Armut und Reichtum. Neben der Entwicklung von Einkommen und Vermögen werden die zentralen Trends und Herausforderungen in den Bereichen Erwerbsbeteiligung, Bildung, Familie und Kinder, Gesundheitsversorgung, Wohnen und politische Partizipation beschrieben. Darüber hinaus stehen Personengruppen im Fokus, die in besonderem Maße beeinträchtigt sind (Teil C). Gleichzeitig legt der Bericht die politischen Maßnahmen der Bundesregierung dar, die Armut und sozialer Ausgrenzung entgegenwirken, eine gerechtere Verteilung ökonomischer Ressourcen erreichen sowie Teilhabechancen für alle Mitglieder der Gesellschaft eröffnen sollen (Teil D).²

Konzeption der Berichterstattung

Das Konzept der Teilhabe- und Verwirklichungschancen des Nobelpreisträgers Amartya Sen bildete in Verbindung mit dem Lebenslagenansatz bereits im 2. Armuts- und Reichtumsbericht die konzeptionelle Grundlage. Beide Ansätze erweitern die Bemessung der Wohlstandsposition über traditionelle Einkommensanalysen hinaus auf Lebenslagedimensionen wie Gesundheit, Bildung oder Wohnen. Es wird dabei an den beobachteten Unterschieden der Lebenslagen und damit den Teilhabeergebnissen angesetzt. Das Konzept der Teilhabe- und Verwirklichungschancen fragt darüber hinaus auch danach, inwiefern diese Unterschiede auf ungleiche Verwirklichungschancen zurückzuführen sind.³ Ziel sozialstaatlichen Handelns ist es, Ungleichheiten bereits bei den zur Verfügung stehenden Chancen zu reduzieren. Alle müssen die Chance erhalten, ihre individuellen Möglichkeiten auszuschöpfen.

¹ Mit dem 3. Armuts- und Reichtumsbericht setzt die Bundesregierung den Beschluss des Deutschen Bundestages vom 29. Januar 2000 (siehe Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. 14/2562) und vom 19. Oktober 2001 um (Plenarprotokoll 14/196), regelmäßig in der Mitte einer Legislaturperiode einen Armuts- und Reichtumsbericht zu erstellen. In der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005 ist festgehalten, dass die Berichterstattung fortgeführt und weiterentwickelt werden soll. Siehe 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, als PDF-Dokument abrufbar über die Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, http://www.bmas.de/coremedia/generator/10070/lebenslagen_in_deutschland_der_2_armuts_und_reichtumsbericht_der_bundesregierung.html, Bonn 2005.

² Redaktionsschluss war der 19. Juni 2008.

³ Vgl. Volkert, J./Klee, G./Kleimann, R./Scheurle, U./Schneider, F.: Operationalisierung der Armuts- und Reichtumsmessung, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales, Tübingen 2003; sowie Arndt, Ch./Dann, S./Kleimann, R./Strotmann, H./Volkert, J.: Das Konzept der Verwirklichungschancen (A. Sen) - Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung, in: Endbericht zur Machbarkeitsstudie, Tübingen 2006; sowie Bartelheimer, P.: Politik der Teilhabe - Ein soziologischer Beipackzettel, in: Fachforum Analysen und Kommentare, Heft 1, 2007; sowie Kronauer, M.: Neue soziale Ungleichheiten und Ungerechtigkeitserfahrungen: Herausforderungen für eine Politik des Sozialen, in: WSI Mitteilungen, Heft 7, Düsseldorf 2007, S. 365-379; sowie 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, als PDF-Datei verfügbar auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, S. XIX.

Hiermit wird das erweiterte Verständnis der Berichterstattung deutlich, nicht nur nach den verfügbaren materiellen Ressourcen und Rechtsansprüchen zu fragen, sondern auch danach, ob daraus auch faktisch verbesserte Chancen resultieren. Aus Teilhabechancen werden Verwirklichungschancen, wenn zu individuellen Potenzialen entsprechend förderliche gesellschaftliche Realisierungschancen hinzukommen, die eine Person tatsächlich in die Lage versetzen, von der eröffneten Teilhabechance Gebrauch zu machen.⁴ Entscheidend sind hier etwa die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme und des Bildungssystems, aber auch die Lage auf dem Arbeitsmarkt und durchlässige Gesellschaftsstrukturen. Nach Amartya Sen stellt Armut dabei einen Mangel an Verwirklichungschancen dar, Reichtum dagegen ein sehr hohes Maß an Verwirklichungschancen.

Gleichzeitig wird man daran festhalten müssen, dass in unserer Gesellschaft der sozialen Marktwirtschaft der individuelle Mangel an ökonomischen Ressourcen ein besonderes Gewicht hat.⁵ Die Überwindung materieller Armut hat daher Priorität. Allerdings geht es dabei nicht ausschließlich um die Gewährung finanzieller Hilfeleistungen. Dauerhafte Abhängigkeit von staatlicher Fürsorge führt zur Verfestigung von Armut über Generationen hinweg und muss vermieden werden. Entscheidend für den Erfolg einer solchen Politik ist eine wirksame Aktivierungspolitik mit Angeboten etwa für Betreuung, Bildung und Weiterbildung, um die Beteiligten zu befähigen, so weit wie möglich vom Bezug von Transferleistungen unabhängig zu werden.

Der Begriff der Teilhabe umschreibt auch gesellschaftliche Zugehörigkeit und gibt Anhaltspunkte, ab wann der Zusammenhalt einer Gesellschaft gefährdet ist. Wenn bestimmte Personengruppen über längere Zeit vom gesellschaftlichen Leben ganz oder teilweise ausgeschlossen sind, steht der soziale Frieden auf dem Spiel. Um dies zu vermeiden, bedarf es langfristig gesellschaftlicher Maßstäbe für relevante Lebensbereiche, die beschreiben, wovon niemand ausgeschlossen sein soll.⁶

⁴ Diese Ausführungen zur Operationalisierung des Konzepts der Teilhabe- und Verwirklichungschancen basieren auf den Überlegungen von Bartelheimer, P. (2007).

⁵ So auch Alt, Ch./Beisenherz, G.: Armut und Persönlichkeit, in: Jugendpolitik, Heft 1, 2007, S. 10 ff.

⁶ Bartelheimer, P. (2007), a. a. O., S. 5.

Weiterentwicklung der Berichtsstruktur

Die Struktur des Berichtes wurde für die bessere Lesbarkeit gegenüber früheren Berichten gestrafft. Die Ausführungen zur Einkommens- und Vermögenssituation beinhalten auch die einkommensrelevanten Ausführungen zu den Mindestsicherungssystemen sowie die Überschuldungsproblematik. Vertiefende Analysen erfolgen in Bereichen, in denen mit Blick auf die Gewährung von Chancen besondere Herausforderungen liegen, insbesondere bei den Armutsgefährdungen von Kindern und Erwerbstätigen.

Die bereits in früheren Berichten verwendeten Indikatoren wurden um Indikatoren erweitert, die für die Beurteilung von Teilhabe- und Verwirklichungschancen aussagekräftig sind und wissenschaftlich überprüft wurden.⁷ Diese bauen auf europäisch vereinbarten Standards zur sozialen Eingliederung (Laeken-Indikatoren) auf, wurden vorab mit den Ressorts abgestimmt und mit den Beratergremien diskutiert.

Damit ist ein erster Schritt hin zu einem Gesamtableau von handhabbaren Kennzahlen zur Messung von Teilhabe- und Verwirklichungschancen getan, das gleichwohl weiterentwickelt werden muss. Es besteht derzeit aus:

15 Armuts-Indikatoren (A.1. bis A.15.),

6 Reichtums-Indikatoren (R.1. bis R.6.) sowie

7 Querschnitts-Indikatoren (Q.1. bis Q.7.), die entweder beide Bereichen darstellen oder als Hintergrundinformation dienen.

Neue Akzente werden durch die Verwendung von Indikatoren für einen Zeitraum von etwa zehn Jahren bis an den aktuellen Rand gesetzt. Allerdings variieren die analysierten Zeiträume für einzelne Indikatoren je nach verfügbarer Datenlage. Als Datenbasis werden vor allem die amtliche europäische Statistik zu Einkommens- und Lebensverhältnissen (EU-SILC), die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) und der Mikrozensus genutzt. Darüber hinaus werden ergänzend das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) sowie geeignete Einzelerhebungen und Studien zu bestimmten Fragestellungen herangezogen.

Forschungsstand zu Reichtum verbessert

Die Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005 beauftragte die Bundesregierung, Forschungsdefizite im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung abzubauen, insbesondere in Bezug auf Reichtum und die künftige Einkommens- und Vermögenssituation im Al-

⁷ Siehe Arndt, Ch./Dann, S./Kleimann, R./Strotmann, H./Volkert, J. 2006, a. a. O. Neben einer hinreichenden Aussagefähigkeit wurde dabei auch Wert auf die Verfügbarkeit der Daten in einer umfassenden Datenquelle gelegt.

ter. Dies ist mit mehreren Forschungsprojekten erfolgt, deren Ergebnisse in diesen Bericht einbezogen wurden.

Dabei lagen die Schwerpunkte auf der integrierten Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung⁸, der Analyse der Steuerlastverteilung⁹ sowie der Untersuchung der Entwicklungen von Vermögen und Einkommen zukünftiger Rentnergenerationen.¹⁰ Darüber hinaus wurden mit dem laufenden Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Einstellungen zum Sozialstaat“ Analysen über die Einstellungen der Bevölkerung zu Reichtum, Wohlstand und Ungleichheit in den Bericht einbezogen.¹¹

Der am 29. November 2006 durchgeführte wissenschaftliche Expertenworkshop¹² zur Weiterentwicklung der Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung machte deutlich, dass die Daten- und Erkenntnislage im Bereich des privaten Reichtums mit Blick auf besonders hohe Einkommen und Vermögen kurzfristig nur schwer zu verbessern ist. Darüber hinaus muss eine Analyse von Reichtum auch privilegierte Zugänge zu Bildung und zu beruflichen Spitzenpositionen sowie Aspekte wie Macht und Einfluss umfassen. Zunächst hat eine Literaturstudie den Zusammenhang zwischen der Gewinnsituation von Unternehmen, der Einkommenserzielung von Führungskräften und den Mechanismen zur Rekrutierung wirtschaftlicher Führungseliten aufgearbeitet.¹³

Dialog mit den Betroffenen und den Aktiven vor Ort

Bei allen Unterschieden der Armuts- und Reichtumsberichterstattung von Bund, Ländern und Kommunen zeigt sich, dass diese Art der Berichterstattung dazu beiträgt, die Diskussion über Armut und Reichtum zu versachlichen und ein differenziertes Bild über die soziale Lage zu zeichnen. Die Sozialberichterstattung hat anhand der Kompetenzverteilung zwischen diesen drei Ebenen jeweils andere Schwerpunkte und gewinnt in ihrer Zusammenschau an Aussagekraft.

⁸ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin (DIW)/Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung Mannheim (ZEW)/Hauser, R./Becker, I./: Integrierte Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008, im Erscheinen.

⁹ Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Essen)/Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität Köln (FiFo): Der Zusammenhang zwischen Steuerlast- und Einkommensverteilung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008, im Erscheinen.

¹⁰ Braun, R.: Trends in der Entwicklung von Vermögen und Vermögenseinkommen zukünftiger Rentnergenerationen, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008, im Erscheinen.

¹¹ Vgl. Glatzer, W./Becker, J./Bieräugel, R./Hallein-Benze, G./Nüchter, O./Schmid, A.: Einstellungen der Bevölkerung zum Reichtum, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008, im Erscheinen.

¹² Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Dokumentation - Weiterentwicklung der Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung - Experten-Workshop am 29. November 2006, Bonn 2007.

¹³ Noll, B./Volkert, J./Zuber, N.: Zusammenhänge zwischen Unternehmensverflechtungen und -gewinnen, Rekrutierung von Führungskräften und deren Einkommenssituation, Literaturstudie, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008, im Erscheinen.

Die Bundesregierung hat mit den Beratungsgremien für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung – Beraterkreis und wissenschaftliches Gutachtergremium – alle gesellschaftlich relevanten Akteure in die Berichterstattung eingebunden. Auch darüber hinaus wird der Dialog mit den Sozialpartnern und der Zivilgesellschaft fortgeführt. Vor dem Hintergrund des strategisch ausgerichteten Prozesses zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung im Rahmen der Lissabon-Strategie hat die Bundesregierung die Veranstaltungsreihe „FORTEIL – Forum Teilhabe und soziale Integration“ initiiert. Diese Veranstaltungsreihe zielt auf einen Austausch über Zielsetzungen, Ergebnisse und Perspektiven politischer Maßnahmen im Bereich der sozialen Integration mit allen föderalen Ebenen und der Zivilgesellschaft. Mit dem Forschungsprojekt „Infobörse Teilhabe und soziale Integration“ wurden parallel dazu beispielhafte regionale und lokale Initiativen und Aktivitäten im Bereich der sozialen Integration systematisch erfasst, aufgearbeitet und in einer Datenbank im Internet bereitgestellt.¹⁴ Im Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung im Jahr 2010 will auch die Bundesregierung dazu beitragen, die Öffentlichkeit für die Problemlagen von Armut betroffener Menschen zu sensibilisieren. Es soll deutlich werden, dass Armut und Ausgrenzung die soziale und wirtschaftliche Entwicklung erheblich beeinträchtigen. Ziel des Europäischen Jahres wird es auch sein, die Bedeutung der kollektiven Verantwortung bei der Bekämpfung von Armut zu bekräftigen.

Der Dialog mit den Betroffenen selbst findet u. a. über die Plattform der Nationalen Armutskonferenz statt. Hier bietet sich ein Forum zum Austausch, aber auch zur Artikulation von Forderungen der von Armut betroffenen Menschen an die Politik.¹⁵ Arme Menschen erlebten – so die Teilnehmer der Nationalen Armutskonferenz vom 16. Oktober 2007 – an vielen, auch versteckten Stellen, dass für sie das Schild „Eintritt verboten!“ gelte. Das reiche von einer stark eingeschränkten Mobilität, über mangelnde Hilfeleistung und Beratung von Behörden bis hin zu diskriminierender Medienberichterstattung.

Armut in unserem Land sollte kein hinzunehmendes Schicksal sein. Alle relevanten Akteure in Gesellschaft und Staat müssen ihren Beitrag zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung leisten und die Bemühungen der Betroffenen aus der Armutssituation herauszufinden durch Hilfsangebote und Aktivierung unterstützen. Über die föderalen Zuständigkeiten hinweg sollte eine gemeinsame Strategie der Armutsprävention und -bekämpfung entwickelt werden, die vernetzte Aktionen und eine funktionale Aufgabenverteilung ermöglicht.

¹⁴ http://www.bmas.de/coremedia/generator/19798/forschungsprojekt_A364.html.

¹⁵ Pressemitteilung der Nationalen Armutskonferenz vom 16. Oktober 2007. Unter der deutschen EU-Ratspräsidentschaft fand im Mai 2007 das 6. Europäische Treffen von Menschen mit Armutserfahrungen statt. Diese Treffen haben bereits eine gute Tradition, da sie seit 2001 jeweils durch die EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr durchgeführt werden. Damit wird Menschen mit Armutserfahrungen und Vertretern von Betroffenenverbänden die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs gegeben und ihnen gleichzeitig ein Forum für den Dialog mit Vertretern von Regierungen der Mitgliedstaaten und europäischer Institutionen geboten.

Teil C: Entwicklungen und Herausforderungen

Teilhabeformen

I. Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Entwicklungen

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich auf Grund der konjunkturellen Erholung und der positiven Wirkungen struktureller Reformen seit 2006 erheblich verbessert. Die deutsche Wirtschaft wächst weiter und die Arbeitslosigkeit sinkt. Die Politik der Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren die Rahmenbedingungen für das Wachstum der Wirtschaft durch strukturelle Reformen positiv gestaltet. Wachstum und Beschäftigung weiter zu stärken, die sozialen Sicherungssysteme an die veränderten Bedingungen anzupassen, soziale Sicherheit für alle zu gewährleisten und gleichzeitig die Staatsfinanzen zu konsolidieren – das waren und sind die zentralen Zielsetzungen sozialstaatlichen Handelns.

Trendwende am Arbeitsmarkt

Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung war bis 2006 gekennzeichnet durch eine anhaltende Stagnationsphase. Das Geschäftsklima blieb unbeständig, sowohl Investitionstätigkeit als auch Binnennachfrage verharrten auf niedrigem Niveau. Einzig vom Export gingen Wachstumsimpulse aus, die jedoch nicht ausreichten, um dem Rückgang der Beschäftigung und dem Anstieg der Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken. Mit 5,29 Mio. Personen bestand im Februar 2005 die höchste Arbeitslosigkeit seit der Wiedervereinigung und damit eine Arbeitslosenquote von 14,1%. Dies war zu einem Teil auch der besseren statistischen Erfassung von Arbeitslosigkeit infolge der Zusammenlegung der Arbeitslosenhilfe mit dem Teil der Sozialhilfe, der erwerbsfähige Personen umfasste, geschuldet.

Etwa seit Beginn des Jahres 2006 ist die binnenwirtschaftliche Schwächephase der letzten Jahre überwunden. Die Wachstumsimpulse aus dem Außenhandel beeinflussen zunehmend positiv den Binnenmarkt. Die gute Lage am Arbeitsmarkt erreicht in Form sinkender Arbeitslosenzahlen alle Personengruppen. Dies zeigt sich auch daran, dass Arbeitslose schneller eine Stelle finden. Der Anteil der Arbeitslosen, die ihre Arbeitslosigkeit innerhalb von drei Monaten beenden konnten, ist von 38% im Jahr 2005 auf 42% im Jahr 2007 gestiegen. Auch für die Jahre 2008 und 2009 erwarten die Bundesregierung und die Wirtschaftsforschungsinstitute eine wachsende Wirtschaft, steigende Beschäftigung und eine weiter rückläufige Arbeitslosigkeit. Bei der Einkommensentwicklung können aufgrund fehlender aktueller Daten die positiven Entwicklungen etwa bei der Arbeitslosigkeit noch nicht dargestellt werden.

Konsolidierung der öffentlichen Haushalte

Die Kontrolle über Staatsschulden und -defizite ist eine wichtige Voraussetzung für Wachstum und Beschäftigung und damit für eine dauerhaft wirksame Armutsbekämpfung. Die hohe Staatsverschuldung schränkt die politischen Möglichkeiten für aktivierende und präventive Maßnahmen zur Armutsbekämpfung ein. Die Fortsetzung der Haushaltskonsolidierung trägt dazu bei, die gesellschaftlichen Probleme der Zukunft zu lösen.

Wirtschaft und Beschäftigung im Wandel

Unternehmen stellen sich dem weltweiten Zusammenwachsen der Märkte und dem verschärften Wettbewerb in vielen Fällen durch eine strategische Neuausrichtung. Betriebliche Wertschöpfungsketten werden neu geordnet. In hochindustrialisierten Ländern wie Deutschland verstärkt sich die Tendenz zu qualifizierteren Tätigkeiten mit höheren Mobilitäts- und Qualifikationsanforderungen. Unternehmen reduzieren zum Teil ihre Wertschöpfungstiefe und verlagern Teile des Produktionsprozesses ins Ausland. Diese Prozesse führen zu erheblichen Konsequenzen auf dem hiesigen Arbeitsmarkt, insbesondere für gering qualifizierte Arbeitskräfte.

Die Anzahl der tarifgebundenen Betriebe ist zurückgegangen und somit auch der Anteil der Beschäftigten in tarifgebundenen Betrieben. 1996 arbeiteten noch 69% der Beschäftigten in Westdeutschland und 56% der Beschäftigten in Ostdeutschland in tarifgebundenen Betrieben. 2005 betrug der Anteil hingegen nur noch 59% in West- und 42% in Ostdeutschland.

Die schwierige Situation am Arbeitsmarkt war gleichzeitig durch einen Wandel der Form der Arbeitsverhältnisse gekennzeichnet. Geringfügige Beschäftigung, Teilzeiterwerbstätigkeit und Leiharbeit nahmen deutlich zu. Insbesondere die gestiegene Frauenerwerbsbeteiligung ist zu einem großen Teil auf die Ausweitung dieser Erwerbsformen zurückzuführen. Die Veränderung der Erwerbsformen kann dazu führen, dass Erwerbsbeteiligung nicht immer eine zuverlässige soziale Absicherung, etwa durch die gesetzliche Arbeitslosen- oder Rentenversicherung, für den einzelnen Beschäftigten begründet. Seit 2006 wird der Zuwachs an Beschäftigung im Wesentlichen von sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer/-innen getragen.

Veränderte Haushaltsstrukturen

Der Wandel in den Familienstrukturen der Bevölkerung hält an. Neben dem traditionellen Familienbild verfestigen sich neue Formen familiären Zusammenlebens. So steigt der Anteil der Kinder, die bei Alleinerziehenden und bei nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben. Inzwischen wachsen knapp 16% der Kinder bei alleinerziehenden Elternteilen auf im Vergleich zu rund 12% im Jahr 1996. Übergänge im Familienleben, wie Trennung oder die Gründung von Patchwork-Familien, müssen sowohl wirtschaftlich als auch emotional gemeistert werden. Auch steigt die Zahl insbesondere der jüngeren Alleinlebenden.

Die frühkindliche Bildung und Betreuung von Kindern hat für die Familien in zweifacher Hinsicht eine enorme Bedeutung. Für die Eltern spielt eine entsprechend flexible und qualitativ hochwertige Kinderbetreuung die zentrale Rolle für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung. Wenn beide Elternteile berufstätig sind, können sie den gewohnten Lebensstandard weitgehend aufrechterhalten und Einkommensarmut vorbeugen. Für die Kinder selbst sind nicht nur die gesicherte Einkommenssituation der Eltern für ihre Entwicklung förderlich, sondern auch die durch frühkindliche Bildung verbesserten Startchancen, insbesondere dann, wenn sie aus benachteiligten Familien kommen. Eine Zugangsbarriere zu höheren Bildungsabschlüssen stellt insbesondere die eingeschränkte Sprachkompetenz von Kindern mit Migrationshintergrund dar. Auch deshalb muss das Bemühen um gleiche Bildungschancen bereits frühzeitig ansetzen, vor allem durch die Schaffung eines qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Bildungs- und Betreuungsangebots für Kinder aller Altersgruppen.

Inzwischen hat fast ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund. Darunter waren im Jahr 2005 rund 7,3 Mio. Einwohner mit ausländischer Staatsbürgerschaft sowie 7,5 Mio. Eingebürgerte, Spätaussiedler und deren Nachkommen und damit deutsche Staatsangehörige. In der Altersgruppe der Kinder unter sechs Jahren hatten im Jahr 2005 schon mehr als 30% einen Migrationshintergrund. Diese Zahlen belegen den Wandel in der deutschen Gesellschaft und verweisen auf die Notwendigkeit einer guten Integrationspolitik, die die Potenziale der zugewanderten und hier geborenen Personen mit Migrationshintergrund nutzt und fördert.

Bildung als Schlüssel zu Teilhabechancen

Den beschriebenen Herausforderungen kann nicht allein mit den traditionellen Ansätzen der finanziellen Umverteilung begegnet werden. Die Veränderungsprozesse in Wirtschaft und Gesellschaft müssen zum Ausgangspunkt genommen werden, die Menschen zu befähigen, mit dem Wandel Schritt zu halten. Dies bedeutet, neben der Sicherung der Grundbedürfnisse und der Absicherung existenzieller Risiken durch funktionsfähige Sozialversicherungssysteme, in

erster Linie den erleichterten Zugang zu Arbeit über den Ausbau von Bildungs-, Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten im gesamten Lebenszyklus.

In den vergangenen Jahrzehnten zeichnete sich ein deutlicher Trend zu höheren Bildungsabschlüssen ab, der auch in einem steigenden Anteil an Hochschulabsolventen/-absolventinnen sichtbar wird. Zugleich haben Personen mit niedrigen bzw. ohne Schulabschlüssen häufiger Schwierigkeiten einen Ausbildungsplatz und Beschäftigung zu finden als Personen mit höheren Abschlüssen. Dies wiederum erhöht die Armutsrisiken für Un- bzw. Geringqualifizierte und bedeutet eine unzureichende Ausschöpfung der Qualifikationspotenziale mit entsprechenden Folgen für die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit. Gute Bildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten für alle bleiben daher die zentrale Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft, für Teilhabe und soziale Gerechtigkeit und damit für sozialen Fortschritt.

II. Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung

II.1 Einkommen und Vermögen

Einkommen und Vermögen entscheiden wesentlich über die Handlungsoptionen des Einzelnen in der Gesellschaft. Deshalb hat die Analyse der Einkommens- und Vermögenssituation der Bevölkerung für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung ein besonderes Gewicht. Allerdings ist die Darstellung der Einkommens- und Vermögensentwicklung für eine mehrdimensionale Analyse von Armut und Reichtum nicht ausreichend. Zu beachten sind darüber hinaus z. B. die Fähigkeit, mit Hilfe der eigenen Arbeitskraft am Produktionsprozess teilzunehmen, sowie andere Potenziale, wie Bildungsstand, Berufsausbildung oder Gesundheit, um seine Zugangschancen zum Arbeitsmarkt zu verbessern und so finanzielle Notlagen nachhaltig überwinden zu können. Darüber hinaus führt monetäre Armut nicht automatisch zu einer eingeschränkten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. So sind z. B. Studierende wegen ihres niedrigen Einkommens und Vermögens mehrheitlich nach der im Folgenden verwendeten Armutsrisikodefinition armutsgefährdet, haben aber zukünftig überdurchschnittliche Verwirklichungschancen. Umgekehrt kann soziale Ausgrenzung auch bei Personen beobachtet werden, deren Einkommen zwar auskömmlich ist, die aber gesundheitlich stark eingeschränkt sind.

II.1.1 Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter

Die Markteinkommen sind in ihrer Entwicklung und Verteilung durch die schwache konjunkturelle Entwicklung und die damit einhergehende schlechte Arbeitsmarktsituation bis einschließlich 2005 geprägt.¹⁶ Seit 2006 sind ein konjunktureller Aufschwung und dementsprechend positive Beschäftigungseffekte sowie steigende Bruttolöhne und -gehälter zu verzeichnen. Letztere sind 2005 nur um 0,3% gestiegen, 2006 um 0,9% und 2007 schon um 1,5%.¹⁷ Diese positiven Entwicklungen können die aktuell verfügbaren und im Folgenden verwendeten Daten zur Einkommensverteilung auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) noch nicht widerspiegeln, da sie auf (retrospektiven) Angaben der Befragten aus dem Jahr 2006 zu ihren Einkommen im Jahr 2005 basieren.

Grundlage der Einkommensverteilung sind zunächst die Markteinkommen (Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, aus selbständiger Tätigkeit und aus Vermögen), die im Wirtschaftsprozess erzielt werden. Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit machen davon mit rund zwei Dritteln den größten Anteil aus. Unter Berücksichtigung der Preisentwicklung, die zwischen 1,1% und 2,0% variierte, gingen die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer real

¹⁶ DIW/ZEW/ Hauser, R./Becker, I.: Integrierte Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung 2008, im Erscheinen, a. a. O. Eine geschlechtsspezifische Darstellung wurde nur für den Bereich des Niedriglohnanteils insgesamt ausgewertet, da hier die Unterschiede zwischen Frauen und Männern besonder deutlich sind.

¹⁷ Statistisches Bundesamt, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.

zwischen 2002 und 2005 von durchschnittlich 24.873 Euro auf 23.684 Euro um 4,8% zurück.¹⁸ Dabei nahm auch die Ungleichheit in der Verteilung zu, da der Anteil der unteren Dezile an den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit leicht abnahm, während die Anteile im oberen Bereich zunahmen.

Diese Tendenz spiegelt sich auch in der Zunahme des Niedriglohnbereichs wider, der in dieser Betrachtung bei einem Verdienst von weniger als zwei Dritteln des Medians der Bruttolöhne aus unselbständiger Beschäftigung angesetzt wird. Nach dieser Definition waren im Jahr 2005 36,4% aller Beschäftigten dem Niedriglohnbereich zuzurechnen. Im Jahr 2002 waren dies mit 35,5% noch etwas weniger (**siehe Tabelle II.1**). Anfang der 1990er Jahre zählte dagegen nur etwas mehr als ein Viertel aller Beschäftigten zum Niedriglohnbereich. Die Entwicklung der durchschnittlichen Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit ist dabei nicht ausschließlich Ausdruck der Lohnfindung, sondern zeigt sich auch in Veränderungen der Erwerbsmuster, insbesondere im langfristigen Trend der rückläufigen durchschnittlichen Arbeitszeit bzw. in der Zunahme der Teilzeitbeschäftigung.¹⁹ Teilzeitbeschäftigung erhöhte in den vergangenen Jahren insbesondere die Erwerbstätigenquote von Frauen. Dies wird an ihrem hohen Anteil im Niedriglohnbereich deutlich.

¹⁸ In Westdeutschland von 26.064 Euro auf 24.775 Euro, in Ostdeutschland von 20.316 Euro auf 19.201 Euro, berechnet in Preisen von 2000.

¹⁹ Siehe ausführlich hierzu Kapitel IV Erwerbstätigkeit, Abschnitt IV.1.3 Entwicklung des Anteils der Niedrigeinkommensbezieher.

Tabelle II.1:

**Verteilung der realen Bruttoeinkommen¹⁾
aus unselbständiger Arbeit der Arbeitnehmer/-innen insgesamt**

Deutschland	2002	2003	2004	2005
Arithmetisches Mittel	24.873	24.563	23.987	23.684
Median	21.857	21.531	20.438	20.089
Gini-Koeffizient	0,433	0,441	0,448	0,453
Anteil Niedriglöhne²⁾				
Gesamt	35,5	36,5	36,8	36,4
Männer	23,7	24,6	25,6	24,8
Frauen	47,9	48,5	48,1	47,7
Anteile am Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit nach Dezilen				
1. Dezil	0,7	0,6	0,6	0,5
2. Dezil	1,7	1,6	1,6	1,6
3. Dezil	3,6	3,3	3,0	2,9
4. Dezil	5,8	5,5	5,3	5,3
5. Dezil	7,8	7,7	7,5	7,4
6. Dezil	9,9	9,8	9,8	9,8
7. Dezil	11,6	11,7	11,9	11,8
8. Dezil	14,3	14,3	14,3	14,4
9. Dezil	17,1	17,5	17,8	17,8
10. Dezil	27,7	27,9	28,2	28,4

1) Einkommen in Preisen von 2000.

2) Niedriglohngrenze: 2/3 des Medians.

Quelle: SOEP

Im Beobachtungszeitraum zeigen sich bei den vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern aber ähnliche Ergebnisse wie für den Durchschnitt aller Arbeitnehmer. Auch bei ihnen gingen die preisbereinigten Bruttoverdienste zurück und die Ungleichheit ihrer Verteilung bzw. der Anteil im Niedriglohnbereich stieg von 2002 (8,8%) auf 2005 (9,3%) leicht an (**siehe Tabelle II.2**). In Westdeutschland waren es im Jahr 2005 6,8% der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer, in Ostdeutschland dagegen 19,4%. Die Anteile der unteren drei Dezile der Bruttoeinkommen gingen zwischen 2002 und 2005 zurück, während die der oberen drei zulegten. Auch der Gini-Koeffizient²⁰ belegt eine leicht zunehmende ungleiche Verteilung. Er stieg von 0,297 auf 0,307.

²⁰ Der Gini-Koeffizient beschreibt auf einer Skala von 0 bis 1 die Relation zwischen empirischer Kurve der Einkommensverteilung und der Gleichverteilungs-Diagonalen. Je höher der Wert ist, umso ungleicher ist die Verteilung.

Tabelle II.2:

**Verteilung der realen Bruttoeinkommen¹⁾
aus unselbständiger Arbeit der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer/-innen**

Deutschland	2002	2003	2004	2005
Arithmetisches Mittel	34.249	34.185	34.105	33.678
Median	30.513	30.771	30.508	30.157
Gini-Koeffizient	0,297	0,305	0,304	0,307
Anteil Niedriglöhne ²⁾	8,8	8,1	9,0	9,3
Anteile am Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer nach Dezilen				
1. Dezil	2,7	2,3	2,6	2,5
2. Dezil	5,0	4,9	4,6	4,7
3. Dezil	6,4	6,2	6,3	6,2
4. Dezil	7,4	7,4	7,5	7,4
5. Dezil	8,5	8,5	8,5	8,4
6. Dezil	9,4	9,7	9,5	9,9
7. Dezil	10,7	10,7	10,8	10,5
8. Dezil	12,3	12,4	12,5	12,6
9. Dezil	14,8	14,9	14,8	14,9
10. Dezil	22,8	23,0	22,9	23,1

1) Einkommen in Preisen von 2000.

2) Niedriglohngrenze: 2/3 des Medians.

Quelle: SOEP

II.1.2 Wirkung des Steuer- und Transfersystems

Die Bruttoverdienste werden im Rahmen von Verhandlungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften auf der Basis der gesetzlich garantierten Tarifautonomie gestaltet (Primärverteilung). In einer sozialen Marktwirtschaft ist die Einkommensverteilung damit nur indirekt über das Steuer- und Sozialtransfersystem beeinflussbar. Dieses System hat auch andere Zielsetzungen, etwa die Schaffung von Arbeitsanreizen, die Familienförderung oder die Sicherstellung des Existenzminimums, im Blick. Bund und Ländern stehen bei der Sekundärverteilung grundsätzlich die Instrumente der Steuer-, Vermögensbildungs- und Sozialpolitik zur Verfügung.

Zur Analyse der Wirkung der auf diese Weise stattfindenden Umverteilung werden zunächst die verschiedenen Komponenten des Markteinkommens auf Haushaltsebene zusammengefasst und über Äquivalenzgewichte den Haushaltsmitgliedern zugeordnet (Marktäquivalenzeinkom-

men). Das Gleiche wird für die Einkommen nach Umverteilung durchgeführt (Nettoäquivalenzeinkommen).

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Ungleichheit der Marktäquivalenzeinkommen durch die Umschichtungen des Steuer- und Transfersystems deutlich reduziert wird. Keine oder unzureichende Einkommen werden durch Sozialtransfers z. B. in Form von Grundsicherungs- oder Familienleistungen aufgestockt, bzw. die erzielten Markteinkommen insbesondere durch die progressive Wirkung der Einkommensteuertarife umverteilt. 2005 lag die Ungleichheit der Nettoäquivalenzeinkommen gemessen am Gini-Koeffizienten um 39% niedriger als die der entsprechenden Markteinkommen. Das Ausmaß der monetären sozialstaatlichen Umverteilung hat allerdings leicht abgenommen.²¹ Die Ungleichheit konnte im Jahr 2002 zu 41% ausgeglichen werden. Vergleicht man die Einkommensungleichheit nach Transfers innerhalb der OECD, nimmt Deutschland eine durchschnittliche Position ein. Allerdings gehört Deutschland zu den OECD-Staaten, in denen die Ungleichheit der Markteinkommen mit am stärksten durch Steuern und Sozialtransfers reduziert wird.²²

Tabelle II.3 verdeutlicht, dass die effektive Steuerbelastung mit steigendem Bruttoeinkommen ansteigt und das reichste Zehntel der Einkommensteuerpflichtigen im Durchschnitt 24% des Bruttoeinkommens an Einkommensteuern abführt.²³ Damit tragen die obersten 10% der Einkommensteuerpflichtigen zu 52% des gesamten Einkommensteueraufkommens bei, die untersten 50% zu gut 6%. Vom Bruttoeinkommen sind zahlreiche Abzüge wie Werbungskosten, Sonderausgaben und Freibeträge möglich, so dass das zu versteuernde Einkommen in aller Regel niedriger ist als das Bruttoeinkommen. Die Differenz zwischen dem effektiven Steuersatz und dem Durchschnittssteuersatz verdeutlicht die Nutzung von steuerlichen Abzugsmöglichkeiten. Der effektive Steuersatz bildet die tatsächliche steuerliche Belastung im Verhältnis zum Bruttoeinkommen, der Durchschnittssteuersatz die Belastung im Verhältnis zum zu versteuernden Einkommen ab. In der vergangenen und in dieser Legislaturperiode wurde bereits eine Vielzahl von Steuervergünstigungen und Ausnahmeregeln abgeschafft bzw. eingeschränkt, von denen hohe Einkommen am stärksten profitieren.

²¹ DIW/ZEW/ Hauser, R./Becker, I.: Integrierte Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung 2008, im Erscheinen, a. a. O.

²² OECD (Hrsg.): Report on the distribution of resources in OECD countries, 2008; im Erscheinen.

²³ Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)/Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (FiFo): Der Zusammenhang zwischen Steuerlast- und Einkommensverteilung, Forschungsprojekt für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, S. 34, 2008. Dazu wurden drei Mikrodaten-sätze verwendet: die Lohn- und Einkommensteuerstatistik, das Sozio-oekonomische Panel und die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Außerdem wurde die Methode der Mikrosimulation angewandt.

Tabelle II.3:

Einkommensteueranteile 2007 in Prozent²⁴

	Brutto- jahres- einkom- men in Euro	Durch- schnittlicher Grenz- steuersatz	Durch- schnitts- steuersatz	Durch- schnittlicher effektiver Steuersatz	Anteil am Einkom- mensteuer- aufkommen
1. Dezil	1.679	-	-	-	-
2. Dezil	7.557	1,7	1,5	1,2	0,1
3. Dezil	12.921	10,1	3,2	2,4	0,6
4. Dezil	17.145	18,5	7,4	5,5	2,0
5. Dezil	21.083	22,1	11,0	8,4	3,8
6. Dezil	25.210	24,7	13,9	10,8	5,8
7. Dezil	29.565	27,2	16,3	13,1	8,3
8. Dezil	34.816	29,7	18,6	15,2	11,3
9. Dezil	42.982	32,8	21,0	17,8	16,4
10. Dezil	88.948	39,2	27,8	23,8	51,8

Quelle: Simulationsrechnungen RWI und FiFo 2008

Der progressiv ausgestaltete Einkommensteuertarif dämpft die Ungleichheit der Bruttoeinkommen. Auch die Einführung der so genannten Reichensteuer im Jahr 2007 wirkt entsprechend. Hier werden Einkünfte oberhalb von 250.000 Euro mit einem Spitzensteuersatz von 45% besteuert und damit 0,16% der Steuerpflichtigen erreicht.

²⁴ Zur Einteilung der Dezile werden die Haushaltsbruttoeinkommen aus den Stichprobendaten der Einkommenssteuerstatistik aus 2001 (FAST2001) berechnet. Dabei ist zum einen zu beachten, dass in den Daten nur diejenigen Steuerpflichtigen erfasst sind, die eine Steuererklärung abgegeben haben. Insbesondere in den unteren Dezilen wird deshalb nur ein Ausschnitt der Bevölkerung erfasst. Zum anderen sind in dem hier berechneten Bruttoeinkommen nur solche Einkünfte enthalten, die in der Einkommensteuerstatistik vorliegen. Das bedeutet, dass z. B. Kapitaleinkünfte unterhalb des Sparerfreibetrags nicht erfasst werden. Genauso wenig sind Angaben über Einkünfte, die dem Progressionsvorbehalt unterliegen, systematisch zu ermitteln. Die Stichprobendaten geben lediglich Auskunft über die Höhe des sich aus dem Progressionsvorbehalt ergebenden Steuersatzes und das diesem Steuersatz unterliegende zu versteuernde Einkommen. Die zugrunde liegenden Daten geben den Stand des Jahres 2001 wieder und wurden erstmals im Jahr 2007 vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt. Unter Berücksichtigung der Veränderungen der Bevölkerungs- und Einnahmenstruktur sowie der Änderungen im Steuerrecht sind sie auf das Jahr 2007 hochgerechnet worden. Aus diesen Gründen weichen die Ergebnisse leicht von den vom BMF für das Jahr 2007 veröffentlichten Werten ab. Danach beträgt der Beitrag der obersten 10% der Einkommensteuerpflichtigen zum Steueraufkommen 53% (BMF: Datensammlung zur Steuerpolitik, Ausgabe 2007).

Weitere Umverteilungswirkungen gehen von den indirekten Steuern und hier insbesondere der Umsatzsteuer aus. Die Umsatzsteuer besteuert den privaten Verbrauch, der bei Haushalten mit geringem Einkommen einen höheren Anteil am verfügbaren Einkommen ausmacht, als bei Haushalten mit höheren Einkommen mit typischerweise höherer Sparquote. Diese regressive Wirkung wird durch den Entlastungseffekt auf Grund der Ermäßigungen und Freistellungen bei bestimmten Gebrauchsgütern, z. B. auf Nahrungsmittel und vor allem Wohnungsmieten, abgemildert. Betrachtet man die Wirkung der Steuern auf die Einkommensverteilung, so schwächt die regressive Wirkung der Verbrauchsteuern (etwa Mehrwertsteuer, Mineralöl- und Kraftfahrzeugsteuer) die progressive Wirkung der Einkommensteuer insgesamt ab.²⁵

II.1.3 Einkommensentwicklung der Haushalte

Das um die Preisentwicklung bereinigte Nettoäquivalenzeinkommen der privaten Haushalte sank im Vergleich von 2002 und 2005 von durchschnittlich 19.255 Euro auf 18.778 Euro und damit um rund 2,5%. Dabei war der Rückgang in Ostdeutschland ausgeprägter als in Westdeutschland.²⁶ Auch eine veränderte Bevölkerungsstruktur kann zu einer Veränderung der Einkommensverteilung führen. Die Haushaltsgröße bestimmt, inwieweit Ersparnisse durch gemeinsames Wirtschaften erzielt werden und inwieweit Risiken, wie z. B. das der Arbeitslosigkeit, aufgefangen werden können. Im OECD-Vergleich ist die durchschnittliche Haushaltsgröße in Deutschland nach Schweden am niedrigsten (Anstieg von Einpersonenhaushalten). Dabei nahm in Deutschland z. B. der Anteil der Alleinerziehenden seit Mitte der 90er Jahre dreimal schneller zu als im OECD-Durchschnitt. Diese Gruppe erzielt gegenüber allen anderen Haushaltsformen niedrigere Einkommen. Der gesamte Einfluss der Veränderung der Alters- und Haushaltsstruktur auf den Anstieg der Einkommensungleichheit ist in Deutschland erheblich und laut OECD zu über 80% für ihren Anstieg seit Mitte der 1990er Jahre verantwortlich.²⁷

Bedarfsgewichte und Äquivalenzeinkommen

Um das Wohlstandsniveau von Personen unabhängig von Größe und Zusammensetzung ihres Haushalts zu beschreiben, wird das Haushaltsnettoeinkommen – also die Summe aus Erwerbs-, Kapital-, Transfer- und sonstigen Einkommen – durch Bedarfsgewichte geteilt. Die Gewichte betragen 1 für den Haushaltsvorstand, 0,5 für jede weitere Person im Alter von mindestens 14 Jahren im Haushalt und 0,3 für jede Person, die jünger als 14 Jahre ist (neue OECD-Äquivalenzskala). Damit werden sowohl altersspezifische Bedarfe als auch Einsparungen gegenüber einem Einpersonenhaushalt berücksichtigt.

²⁵ RWI/FiFo 2008, a. a. O., S. 134.

²⁶ Die Werte für Westdeutschland waren 20.025 Euro in 2002 und 19.553 Euro in 2005. In Ostdeutschland waren es 16.370 Euro (2002) und 15.739 Euro (2005).

²⁷ OECD (Hrsg.): Distribution of Resources in OECD Countries, 2008, Kapitel II, Randnummer 14, im Erscheinen.

Beispiel:

Wenn ein 3-Personen-Haushalt über ein Haushaltseinkommen von 3.000 EUR verfügt, ist dies pro Kopf ebenso viel wie ein 1-Personen-Haushalt mit 1.000 EUR. Da der 3-Personen-Haushalt aber günstiger wirtschaften kann (auch hier wird nur eine Küche, eine Waschmaschine, ein Fernseher etc. benötigt), hat er mit diesem Einkommen ein höheres Wohlfahrtsniveau als der 1-Personen-Haushalt. Wenn es sich um zwei Erwachsene mit einem kleinen Kind (unter 14 Jahren) handelt, beträgt die Summe der Äquivalenzgewichte $1,0 + 0,5 + 0,3 = 1,8$. Eine Division des Einkommens von 3.000 EUR durch diese Zahl ergibt, dass die Mitglieder des 3-Personen-Haushalts über ein äquivalenzgewichtetes Einkommen von 1.667 EUR pro Person verfügen. Dieser Betrag müsste einem 1-Personen-Haushalt zur Verfügung stehen, um das gleiche Wohlfahrtsniveau zu haben.

Dabei hat auch die Spreizung der Einkommen zugenommen. Während die Jahre 2002 bis 2004 nur eine geringe Veränderung der Verteilung ausweisen, zeigt sich beim Übergang des Jahres 2004 auf 2005 eine zunehmende Ungleichheit der Nettoäquivalenzeinkommen. Entsprechend steigt der Gini-Koeffizient in diesem Zeitraum leicht von 0,298 auf 0,316 an. Der Anteil der Personen mit einem Einkommen am unteren (weniger als 50% des Medians) hat ebenso zugenommen wie der Anteil der Personen mit einem Einkommen am oberen Rand der Verteilung (mehr als 200% des Medians). Dementsprechend hat der Anteil der mittleren Einkommen (75% bis 150% des Medians) zwischen 2002 und 2005 von rund 53% einen Rückgang auf unter 50% zu verzeichnen. Diese Entwicklung kann zum einen auf die relativ schlechte konjunkturelle Lage zurückgeführt werden, die zu einer Zunahme der Zahl der Arbeitslosen führte. Zum anderen spiegeln sich hierin auch eine Veränderung der Erwerbsmuster mit der Zunahme neuer Beschäftigungsformen sowie veränderte Haushaltsstrukturen wider. Der wirtschaftliche Aufschwung setzte erst im Jahr 2006 ein und wird mit den vorliegenden Einkommensdaten von 2005 nicht erfasst.

Tabelle II.4:

**Verteilung der realen Nettoäquivalenzeinkommen¹⁾
auf die Bevölkerung**

Deutschland	2002	2003	2004	2005
Arithmetisches Mittel	19.255	18.971	18.744	18.778
Median	16.790	16.728	16.456	16.242
Gini-Koeffizient	0,292	0,292	0,298	0,316
Anteile am Einkommensvolumen nach Dezilen				
1. Dezil	3,2	3,2	3,1	2,9
2. Dezil	5,2	5,2	5,0	4,8
3. Dezil	6,3	6,3	6,2	6,0
4. Dezil	7,3	7,3	7,3	7,0
5. Dezil	8,4	8,3	8,3	8,0
6. Dezil	9,2	9,4	9,3	9,3
7. Dezil	10,5	10,6	10,6	10,5
8. Dezil	12,1	12,1	12,2	12,1
9. Dezil	14,5	14,6	14,8	14,6
10. Dezil	23,3	23,1	23,3	24,9

1) Einkommen in Preisen von 2000, Äquivalenzgewichtung auf Basis der neuen OECD-Skala.

Quelle: SOEP

Die zunehmende Ungleichheit zeigt sich auch bei der Analyse der Anteile am Nettoäquivalenzeinkommen nach Einkommensdezilen (**Tabelle II.4**). Für Deutschland insgesamt hat sich der Anteil am gesamten Nettoäquivalenzeinkommen für die untere Hälfte der Einkommensbezieher (1. bis 5. Dezil) von 2002 bis 2005 von 30,4% auf 28,7% verringert. Während sich die Anteile zwischen 2002 und 2004 nur leicht verändert haben, sank dieser Anteil zwischen 2004 und 2005 für die gesamte untere Hälfte der Einkommensbezieher. Für das sechste bis neunte Dezil ist zwischen 2002 und 2005 keine wesentliche Veränderung erkennbar. Nur das oberste Einkommensdezil konnte zwischen 2004 und 2005 seinen Anteil am gesamten Nettoäquivalenzeinkommen um 1,6 Prozentpunkte ausweiten.

II.1.4 Risiko der Einkommensarmut

Das Konzept der relativen Einkommensarmut und die Bedarfsdeckung des soziokulturellen Existenzminimums

Bei Betrachtung der Einkommensverteilung wird die zwischen den EU-Mitgliedstaaten vereinbarte Definition des relativen Armutsrisikos zugrunde gelegt, die vorrangig mit dem Indikator der Armutsrisikoquote abgebildet wird. Sie ist definiert als Anteil der Personen in Haushalten, deren bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen weniger als 60% des Mittelwertes (Median) aller Einkommen beträgt. Damit ist die mittlere Einkommenssituation die Referenzgröße. Dem Risiko der Einkommensarmut unterliegt, wer ein Einkommen unterhalb eines bestimmten Mindestabstands zum Mittelwert der Gesellschaft hat. Maße relativer Einkommensarmut sagen daher vor allem etwas über die **Einkommensverteilung** aus. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht stützte sich in erster Linie auf Ergebnisse der großen amtlichen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) aus dem Jahr 2003. Da die EVS nur alle fünf Jahre durchgeführt wird, liegen derzeit noch keine neuen Daten daraus vor. Im vorliegenden Bericht werden deshalb die Datenquellen Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) und das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) verwendet. EU-SILC ist eine neue amtliche Statistik, die EU-weite Vergleiche erlaubt. SOEP ist eine vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) durchgeführte Erhebung, die bereits seit 1984 läuft. Einige Befunde der Auswertungen beider Datensätze sind gleich, andere sind unterschiedlich.

Mit der Benennung als **Armutsrisikoquote** sollte deutlich werden, dass dieser Indikator die Möglichkeit einer Armutsgefährdung – insbesondere bei längerem Verbleiben in diesem niedrigen Einkommensbezug – beschreibt. Relative Einkommensarmut ist damit nicht „der“ Indikator für die Messung und Feststellung von Armut. Ihre Bedeutung ist in mehrfacher Hinsicht zu relativieren. Die Wahl einer bestimmten Datenquelle, die Definition und Erhebung des Einkommens, die Festlegung eines Gewichtungsverfahrens für Mehrpersonen-Haushalte, die Wahl eines Mittelwertes und einer Armutsrisikogrenze sind normative Entscheidungen. Die statistische Kennziffer des Armutsrisikos wird durch diese methodischen Entscheidungen maßgeblich beeinflusst, so dass es zu unterschiedlichen Armutsrisikoquoten und Armutsschwellen je nach verwendeter Datenbasis und Berechnungsmethodik kommt.

Von dieser statistischen Definition des relativen Armutsrisikos unterscheidet sich das **soziokulturelle Existenzminimum**, das im Sozialhilferecht abgesichert ist. Die Inanspruchnahme dieser Mindestleistungen zeigt das Ausmaß, in dem Teile der Bevölkerung einen zugesicherten Mindeststandard nur mit Unterstützung des Systems der sozialen Sicherung erreichen. Deshalb wird in diesem Zusammenhang auch von bekämpfter Armut gesprochen. Zu diesem Mindest-

standard gehört in Deutschland nicht nur die Erhaltung der physischen Existenz, sondern eine der Würde des Menschen entsprechende Teilhabe am gesellschaftlich üblichen Leben. Die Bedürftigkeit im Sinne der Mindestsicherungsleistungen wird in der öffentlichen Diskussion oft auch als Armut bezeichnet. Dabei ist aber zu bedenken, dass die Anzahl der Hilfeempfänger von der Höhe der Bedarfssätze abhängt. Je höher diese sind, umso mehr Haushalte sind bezugsberechtigt und würden damit als arm gelten.

Armut kann drittens auch als existenzielle Notlage im Sinn von absoluter oder primärer Armut definiert werden. Arm ist dann, wer nicht genügend Mittel zum physischen Überleben hat. Es wird ein Minimalstandard definiert, der zum körperlichen Überleben unabdingbare Güter des Grundbedarfs wie notwendige Nahrung, Kleidung oder Unterkunft umfasst. Sieht man von wenigen Ausnahmen etwa einzelner wohnungsloser Menschen ab, so liegt das Wohlstandsniveau in Deutschland wesentlich über diesem **physischen Existenzminimum**.

Die beiden für Deutschland relevanten Konzepte, das relative Armutsrisiko und das soziokulturelle Existenzminimum, haben also verschiedene Zielsetzungen. Im ersten Fall geht es letztlich um die statistische Messung der Einkommensungleichheit. Im zweiten Fall geht es darum, das gesellschaftlich notwendige Minimum an materiellem Lebensstandard zu definieren. Neben dem Einkommen spielen für die Teilhabe- und Verwirklichungschancen einer Person auch Faktoren wie Vermögen, Schulden, Gesundheit, Bildung und Erwerbstätigkeit eine wesentliche Rolle. So herrscht heute weitgehend Konsens, dass soziale Gerechtigkeit sich nicht in erster Linie nur an materiellen Verteilungsaspekten orientieren kann, sondern auch ein Mehr an Gleichheit bei den Teilhabe- und Verwirklichungschancen bedeuten sollte. Diese Teilhabechancen müssen in allen wichtigen Bereichen unabhängig von der Einkommenssituation der betroffenen Person eröffnet werden.

Europäisch vergleichbare Messung

Die Messung von Einkommensarmut wird anhand verschiedener Datenquellen durchgeführt. Auf der Seite der amtlichen Statistik dienen dazu die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) und die neue, eigens zum Themenkomplex Armut konzipierte und seit 2004 EU-weit erhobene Befragung EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions).²⁸ EU-SILC ist die Datengrundlage, mit der die Entwicklung des Risikos der Einkommensarmut in Deutschland und in den anderen Mitgliedstaaten der EU vergleichbar gemessen und bewertet wird. Während die EVS seit 1962 in der Regel alle fünf Jahre erhoben wird²⁹, existieren aus EU-SILC zwar aktuellere Ergebnisse aus den Erhebungsjahren 2004 und 2005, aber noch keine längere Zeitreihe.

²⁸ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Armut und Lebensbedingungen, Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005, Wiesbaden 2006.

²⁹ Die letzte ausgewertete EVS liegt für 2003 vor. Derzeit wird die EVS 2008 erhoben.

Das BMAS hat diese neue Datenbasis in einer Studie u. a. nach Stärken und Schwächen untersuchen lassen, um einen Beitrag zur Weiterentwicklung von EU-SILC zu leisten.³⁰

Zur Methodik der Datenerhebung

Im Bericht werden zu den Themen Einkommensverteilung, Armutsrisikoquote und Vermögensverteilung Ergebnisse aus der europaweit durchgeführten Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen „Leben in Europa“ (EU-SILC), aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) und aus dem Mikrozensus dargestellt. Neben diesen drei amtlichen Statistiken, die vom Statistischen Bundesamt erhoben werden, wird auch das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) herangezogen. Alle vier Datenquellen basieren auf der Befragung einer Stichprobe aus der Bevölkerung. Jede hat entsprechend ihrer spezifischen Konzeption Vorzüge. Die Befragungen setzen zudem unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte, weswegen die Verwendung von Ergebnissen aus allen Stichproben sinnvoll ist.

EU-SILC ist eine seit 2005 jährlich erhobene und EU-weit vergleichbare Statistik. Die nationalen Strategieberichte über Sozialschutz und soziale Eingliederung aller Mitgliedstaaten der EU werden ebenso auf dieser Basis erstellt wie die Berichte der EU-Kommission über die Entwicklung der Armutsbekämpfung. Mittelfristig können Längsschnittanalysen aus EU-SILC verwendet werden.

Die EVS ist eine große und ausführliche Erhebung zu Einkommen, Ausgaben und Vermögen. Sie wird alle fünf Jahre erhoben und liegt zuletzt für das Jahr 2003 vor. Derzeit läuft die aktuelle Erhebung 2008.

Auf den Daten des **Mikrozensus** 2005 basieren die Betrachtungen zum Armutsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund, weil EU-SILC und EVS diesen Personenkreis nicht repräsentativ abbilden können. Im Gegensatz zu EU-SILC und EVS erhebt der Mikrozensus das Einkommen nicht betragsgenau, sondern in Einkommensklassen zusammengefasst.

Das **SOEP** des DIW wird seit 1984 jährlich erhoben und ermöglicht daher kontinuierliche Zeitreihenvergleiche. Da immer wieder dieselben Haushalte nach ihren Einkommen befragt werden, sind auch Längsschnittanalysen möglich. Diese Daten sind aber nicht international vergleichbar.

³⁰ DIW/ZEW/ Hauser, R./Becker, I.: Integrierte Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung 2008, im Erscheinen, a. a. O.

Armutsrisikoschwellen, Armutsrisikoquoten und Stichprobengrößen nach Datenquellen			
Datenbasis	Armutsrisikoschwelle (60% des mittleren Nettoäqui- valenzeinkommens)	Armutsrisikoquote	Stichprobengröße (erfasste Haushalte)
EU-SILC 2006	781 Euro	13%	13.800
EVS 2003	980 Euro	14%	53.400
Mikrozensus 2005	736 Euro	15%	322.700
SOEP 2006	880 Euro	18%	11.500

Die wesentlichen Ursachen für die unterschiedlichen Niveaus des Einkommensmittelwerts, bzw. der daraus abgeleiteten Armutsrisikoschwelle und der Armutsrisikoquote liegen:

- in den (immer vorhandenen) Stichprobenschwankungen,
- in unterschiedlichen Einkommensbegriffen, (hier vor allem in der unterschiedlichen Berücksichtigung des Mietwerts des selbst genutzten Wohneigentums als Einkommenskomponente. EVS und SOEP berücksichtigen es; bei EU-SILC ist dies erst für die Zukunft vorgesehen, während es beim Mikrozensus nicht berücksichtigt wird),
- in der Repräsentativität der Erhebungen,
- in der unterschiedlichen Behandlung fehlender oder unplausibler Angaben.

Unterschiede in der Datenbasis bei den Berechnungsmethoden müssen daher bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden. Deshalb ist z. B. auch weniger die absolute Höhe der Armutsrisikoquoten von Bedeutung, sondern deutliche Trends im Zeitverlauf und Unterschiede zwischen sozio-ökonomischen Gruppen, die auch bei verschiedenen methodischen Abgrenzungen und Datenquellen noch sichtbar sind und tendenziell übereinstimmen. Wie die im Mai 2008 veröffentlichten Ergebnisse der Berechnungen der Prognos AG für das Kompetenzzentrum für familienbezogene Leistungen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf der Basis des SOEP 2006 deutlich machen, können die Armutsrisikoquoten auch unter Verwendung der gleichen Erhebung von einander abweichen, wenn unterschiedliche Parameter für das Messkonzept verwendet werden.

Bei dem Vergleich von Armutsrisikoquoten in verschiedenen Staaten ist zu berücksichtigen, dass dieser Betrachtung das Konzept der relativen Einkommensarmut zu Grunde liegt (**vgl. Kasten Konzept der relativen Einkommensarmut**). Aus den Einkommensdaten von EU-SILC ergibt sich, dass die Armutsrisikoschwelle, also das Einkommen, unterhalb dessen das so definierte Risiko der Einkommensarmut beginnt, zwischen den Mitgliedstaaten erheblich variiert. Da in Deutschland der erreichte Wohlstand vergleichsweise hoch ist, liegt auch die Risikogrenze

höher als in vielen anderen Ländern. So liegt die Armutsrisikoschwelle in Deutschland im EU-Vergleich mit 781 Euro³¹ äquivalenzgewichtetem Nettomonatseinkommen zum Teil deutlich höher als in anderen Staaten, wie beispielsweise in Litauen und Lettland (127 Euro/Monat) oder in Portugal (366 Euro/Monat).

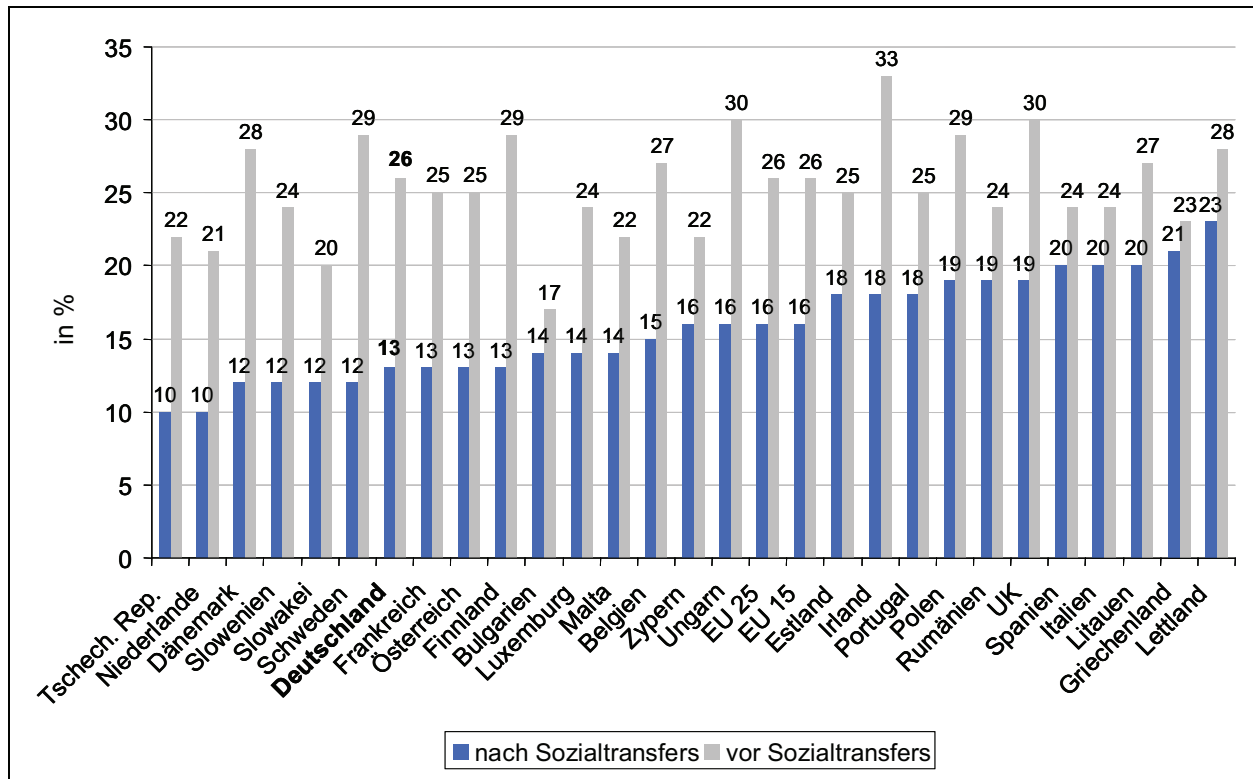
Das Risiko in Deutschland einkommensarm zu sein, lag im Erhebungsjahr 2005 bei 13% für das gesamte Bundesgebiet und war damit im europäischen Vergleich deutlich unterdurchschnittlich. Der Erfolg von Sozialtransfers zur Armutsreduzierung wird in **Schaubild II.1** deutlich. Zu den besonders gefährdeten Gruppen (**Kernindikator A.1**) zählen Arbeitslose (43%), Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung (19%) und Alleinerziehende (24%). Insgesamt ist das Armutsrisiko in Ostdeutschland mit 15% höher als in Westdeutschland mit 12%.³² Zudem zeigt sich anhand von EU-SILC, dass die Armutsrisikoquote im Jahr 2005 durch Sozialtransfers von 26% auf 13% halbiert wurde (**Kernindikator Q.7**). Damit gehört Deutschland zu den Ländern, in denen die Sozialtransfers deutlich die Armutsrisikoquote senken.

³¹ Im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht betrug die auf Basis EVS 2003 ermittelte Armutsrisikoschwelle 938 Euro (Halbjahreswert). Die hiernach mit 781 Euro um fast 160 Euro niedrigere Armutsrisikoschwelle ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass bei der EVS der Mietwert des selbstgenutzten Wohneigentums als Einkommenskomponente berücksichtigt wird und bei EU-SILC nicht. Dies ist bei EU-SILC erst für die Zukunft vorgesehen.

³² Die Werte ergeben sich für beide Teile Deutschlands gemessen an der gesamtdeutschen Armutsrisikogrenze.

Schaubild II.1:

Reduktion des Armutsrisikos durch Sozialtransfers 2005



Quelle: EU-SILC 2006

Armutsrisikoquoten liefern keine Erkenntnis darüber, wie weit das Einkommen der von Armut bedrohten Bevölkerung unter der Armutsrisikoschwelle liegt. Diesen Aspekt berücksichtigt die so genannte relative Armutsücke. Je höher deren Wert ist, desto weiter sind die Einkommen der armutsgefährdeten Gruppe von der Armutsrisikoschwelle entfernt (**Kernindikator A.1.**). Nach den Daten von EU-SILC für 2005 beträgt dieser Indikator für Deutschland 20% und liegt damit etwas niedriger als im Durchschnitt der anderen EU-Mitgliedstaaten (22%).

Risiko der Einkommensarmut auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)

Ergänzende Analysen zur Einkommensverteilung³³ auf Basis des SOEP können eine zeitliche Entwicklung der Armutsrisikoquoten in Deutschland darstellen. Sie zeigen, dass das Risiko der Einkommensarmut im Zeitraum von 1998 bis 2005 kontinuierlich angestiegen ist (**Kernindikator A.1.**). Auch im Berichtszeitraum zwischen 2002 bis 2005³⁴ hat der Anteil der von einem Armutsrisiko Betroffenen vor dem Hintergrund der ungünstigen konjunkturellen Entwicklung weiter

³³ DIW/ZEW/ Hauser, R./Becker, I.: Integrierte Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung 2008, im Erscheinen, a. a. O.

³⁴ Wiedergegeben werden hier die Jahreszahlen, die den Bezugszeitraum des erfragten Einkommens wiedergeben.

zugenommen. Die Armutsrisikoquote für die Gesamtbevölkerung stieg dieser Datenbasis zufolge um zwei Prozentpunkte. Auch die Armutsrisikoquote der Erwerbstätigen verzeichnet für den Zeitraum 2002 bis 2005 einen deutlichen Zuwachs um drei Prozentpunkte, allerdings auf niedrigerem Niveau. Steigende Werte zeigen auch die Daten zum Risiko der Einkommensarmut von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.³⁵ Im Gegensatz dazu war die relative Einkommensarmut von Senioren/Seniorinnen in diesem Zeitraum konstant geblieben. Die steigende Armutsrisikoquote korrespondiert mit einer Zunahme der Abwärtsmobilität aus mittleren Einkommensschichten.

Einkommensarmut ist meistens kein permanenter Zustand. Erst das dauerhafte Angewiesensein auf ein Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle führt zur Abkopplung vom allgemeinen Lebensstandard und zu eingeschränkten Teilhabechancen. Nach der europäischen Definition gilt als „dauerhaft einkommensarm“, wer im aktuellen und in mindestens zwei von drei Vorjahren mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 60% des Medians auskommen musste. Während im Jahr 2002 noch 9% der Bevölkerung dieses Kriterium erfüllten, waren es im Jahr 2005 schon 11%. Das so definierte dauerhafte Einkommensarmutsrisiko hat wie auch die Armutsrisikoquote im Zeitverlauf zugenommen, wobei ein deutlicher Anstieg im betrachteten Zeitraum erst ab dem Jahr 2002 feststellbar ist (**Kernindikator A.1.**). Die so genannte „dauerhaft strenge Armut“, unter Anwendung einer Armutsschwelle von 50% des Medians der Äquivalenzeinkommen, ist hingegen mit rund 5% in etwa konstant geblieben.

Welche Auswirkungen die Zusammenlegung von Sozialhilfe für Erwerbsfähige und Arbeitslosenhilfe zum Arbeitslosengeld II auf die Einkommensverteilung hat, lässt sich nicht zweifelsfrei beantworten. Die Reform leistete einen Beitrag zur Reduzierung der so genannten Dunkelziffer.³⁶ Ehemalige Bezieher von Arbeitslosenhilfe, die mit dieser Leistung unterhalb des soziokulturellen Existenzminimums lagen, aber ergänzende Sozialhilfe nicht in Anspruch nahmen, profitierten von der Neuregelung. Auch wurden vor allem Alleinerziehende und ihre Kinder und andere Haushalte mit Kindern eher besser gestellt als Personen aus Haushalten ohne Kinder. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass sie im Durchschnitt zu einer Minderung der Einkommen ehemaliger Arbeitslosenhilfe-Empfänger führte.³⁷ Kernstück der Arbeitsmarktreform war es, langfristig auf eine Stärkung der Wirtschaft und verbesserte Integration von Erwerbsfähigen abzielen. Dadurch ist es in den letzten Jahren gelungen, dass auch Problemgruppen des

³⁵ Siehe Kapitel V Familien und Kinder, Abschnitt V.3.1 Einkommen von Familienhaushalten.

³⁶ Trotz deutlicher Erfolge bei der Bekämpfung der Dunkelziffer kann nicht ausgeschlossen werden, dass es weiterhin Personen gibt, die Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben, diesen aber nicht geltend machen.

³⁷ Goebel, J./ Richter, M.: Nach der Einführung von Arbeitslosengeld II: Deutlich mehr Verlierer als Gewinner unter den Hilfeempfängern, in: DIW-Wochenbericht 50/2007, Berlin 2007. Die Analyse beschränkt sich auf die Einkommenssituation in Haushalten mit Transferleistungsempfängern und leistet ausdrücklich keinen Beitrag zur Evaluation des mit den Arbeitsmarktreformen verbundenen Ziels, Transferempfänger verstärkt in die Erwerbstätigkeit zu integrieren. Dazu siehe ausführlich das Kapitel IV Erwerbstätigkeit, Abschnitt IV.3.2 Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld II.

Arbeitsmarktes zunehmend in Beschäftigung kommen und damit ihre Einkommenssituation nachhaltig verbessern können.³⁸

II.1.5 Reichtumsaspekte

Die Verteilung des Reichtums in einer Gesellschaft, insbesondere von Einkommen und Vermögen, hat Einfluss auf ihren Zusammenhalt. Werden die Unterschiede zwischen arm und reich vom ganz überwiegenden Teil der Bevölkerung als relativ groß und schwer überwindbar wahrgenommen, kann dies die Akzeptanz der sozialen Marktwirtschaft in Frage stellen. Das gilt insbesondere dann, wenn große Bevölkerungsteile nicht an den Einkommenszuwächsen der Gesellschaft insgesamt teilhaben.

Auf den amerikanischen Philosophen John Rawls geht der Vorschlag zurück, Ungleichheit zu tolerieren, solange auch die Schwächeren im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung besser gestellt werden. Entscheidend ist danach, ob eine Wirtschafts- und Sozialordnung den Schwächeren erlaubt, sich besser zu stellen, unabhängig von der Position Reicher. Wachsender gesellschaftlicher Wohlstand kommt jedoch nicht zwangsläufig auch den Ärmern zugute. Es ist zu fragen, inwiefern ein verantwortungsvoller Umgang mit Reichtum erreicht wird, der sich nicht zuletzt an sozial sinnvollen, dem Gemeinwohl verpflichteten Maßstäben orientiert. Die auf die Erkenntnisse von wissenschaftlichen Gutachten gestützte Untersuchung von Reichtum ist deshalb ein Forschungsschwerpunkt für den 3. Armuts- und Reichtumsbericht.³⁹

II.1.5.1 Wahrnehmung von Reichtum in der Bevölkerung⁴⁰ und Rekrutierung und Entlohnung von Spitzenmanagern⁴¹

Reichtum besitzt ohne Zweifel eine hohe Attraktivität. In Deutschland wird mehrheitlich eine Gesellschaft favorisiert, in der es die Möglichkeit gibt, selbst einmal in irgendeiner Form reich werden zu können. Die Meinungen gehen allerdings bei der Frage auseinander, was als Reichtum wahrgenommen wird. Die Erhebung zu den Einstellungen in der Bevölkerung basiert auf der Befragung einer Stichprobe. Damit sind gewisse Zufallsschwankungen der Ergebnisse verbunden. Um die Befragten nicht zu überfordern, muss sich eine solche Befragung auf einfache, kurze und allgemein verständliche Fragen beschränken. Auch wird das Antwortverhalten durch

³⁸ Brenke, K./Zimmermann, K.: Reformagenda 2010 - Strukturreformen für Wachstum und Beschäftigung, DIW-Wochenbericht 11/2008.

³⁹ Bereits auf dem Expertenworkshop „Weiterentwicklung der Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung“ (2006) wurden Überlegungen zur Erweiterung der Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung angestellt, um die methodischen und begrifflichen Kriterien rund um die diffuse begriffliche Fassung von Reichtum besser zu bestimmen, siehe Dokumentation zum Expertenworkshop, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2007, a. a. O.

⁴⁰ Glatzer, W./Becker, J./Bieräugel, R./Hallein-Benze, G./Nüchter, O./Schmid, A.: Einstellungen zum Reichtum, Wahrnehmung und Beurteilung sozio-oekonomischer Ungleichheit und ihre gesellschaftlichen Konsequenzen in Deutschland, 2008 im Erscheinen, a. a. O.

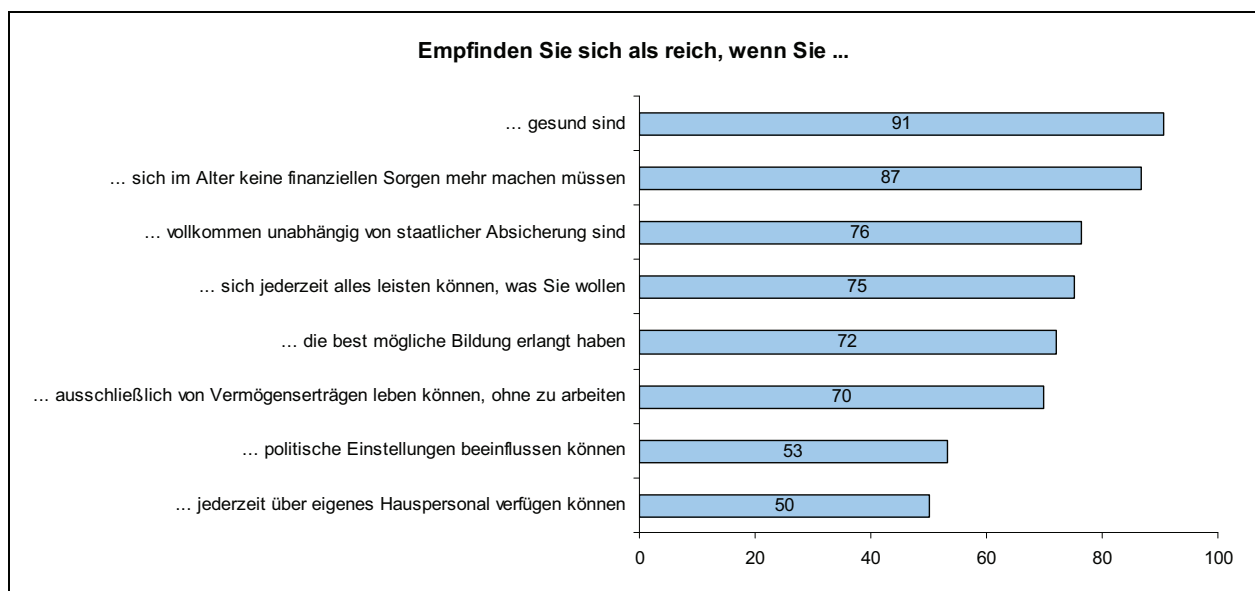
⁴¹ Die Ausführungen zur Rekrutierung und Entlohnung von Spitzenmanagern basieren auf dem Gutachten von Noll, B./Volkert, J./Zuber, N. 2008, im Erscheinen, a. a. O.

tagespolitische Diskussionen beeinflusst. Die Untersuchung der Einstellungen der Bevölkerung zum Reichtum in Deutschland vermag lediglich Anhaltspunkte dafür zu geben, wie Strukturen und Probleme wahrgenommen werden.

Danach wird Reichtum nicht nur mit finanziellen Potenzialen in Zusammenhang gebracht. Vielmehr wird an dieser Stelle Gesundheit am häufigsten genannt. Bildungschancen spielen ebenfalls eine große Rolle.

Schaubild II.2:

Reichtumsvorstellungen in Deutschland



1) Angaben für „Ja“ in Prozent

Quelle: Sozialstaatssurvey 2007

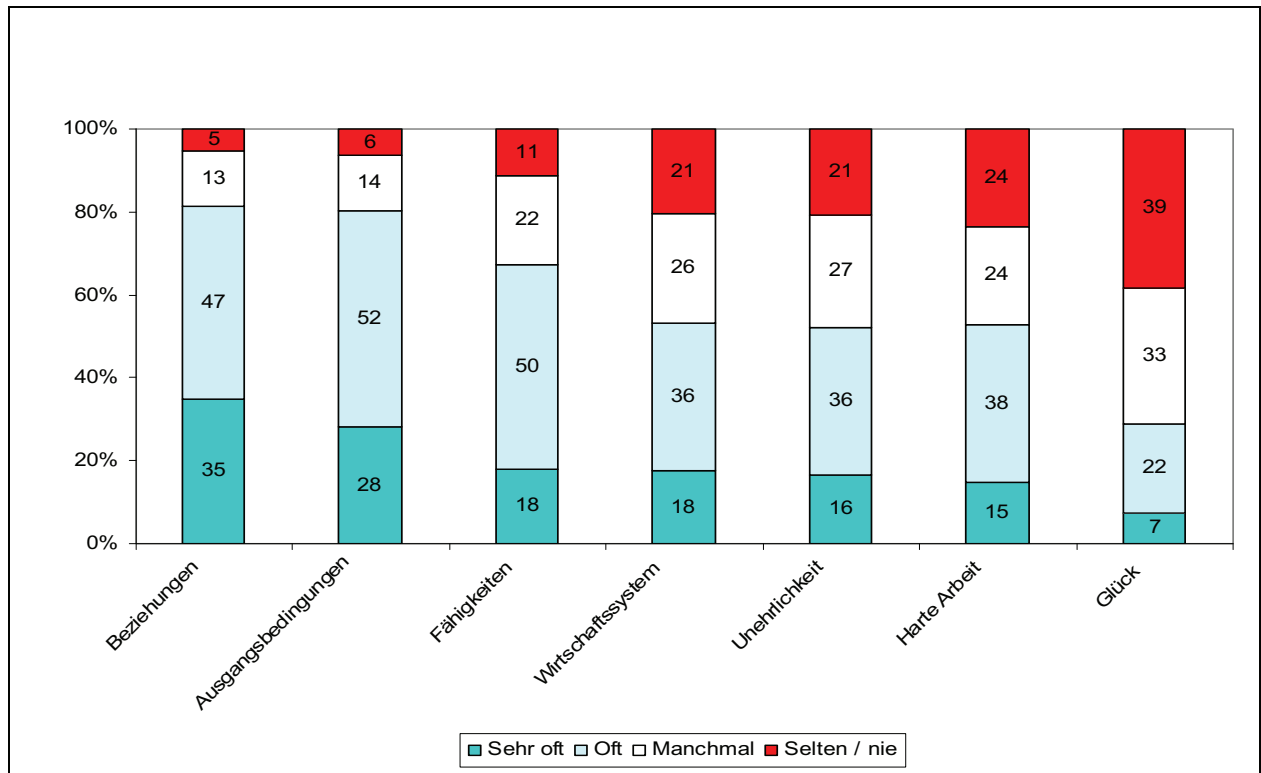
Bei der Auswertung der Befragungsergebnisse weisen die Vorstellungen zum Reichtum nur wenige soziostrukturelle Differenzierungen auf. Allein das Alter und das Geschlecht haben einen gewissen Einfluss. Überdurchschnittlich häufig interpretieren junge Menschen Reichtum als Luxuskonsum, während Ältere vermehrt die Bedeutung nichtfinanzieller Aspekte wie Gesundheit betonen. Frauen verbinden Reichtum eher mit einem Gefühl der materiellen Sicherheit gegenüber Lebensrisiken als Männer, nennen aber auch Aspekte wie Gesundheit, Bildung und politische Partizipation häufiger.

Befragt nach der Höhe des persönlichen Nettomonatseinkommens, ab der von Reichtum gesprochen werden kann, ergeben sich sehr unterschiedliche Einschätzungen. Jeweils die Hälfte der Befragten nennt einen höheren bzw. niedrigeren Betrag als 5.000 netto Euro/Monat (Median). Im Durchschnitt wird ein Betrag von rund 27.000 Euro/Monat genannt. Für den Vermögens-

reichtum ergeben sich noch unterschiedlichere Einschätzungen, was sich an der großen Discrepanz zwischen dem Median (500.000 Euro) und dem Mittelwert (rund. 34 Mio. Euro) ablesen lässt.

Schaubild II.3:

**Wahrgenommene Gründe für Reichtum
in Deutschland**



1) Wie häufig sind die nachfolgend genannten Gründe Ursache dafür, dass jemand reich ist?

Quelle: Sozialstaatssurvey 2006

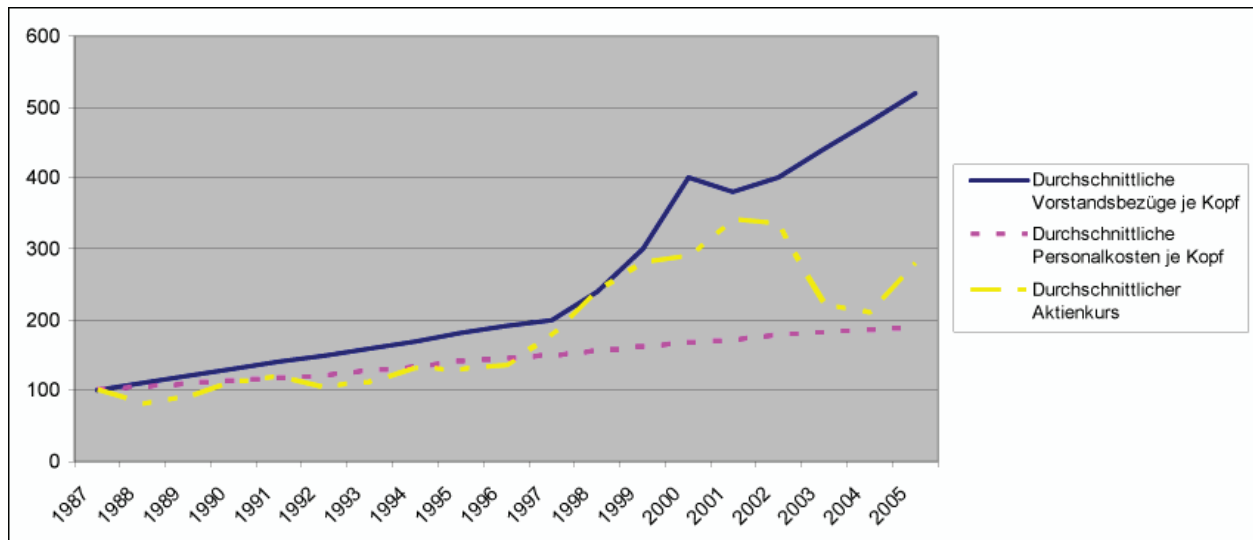
Ein großer Teil der Bevölkerung ist der Auffassung, dass man nur dann reich wird, wenn man über günstige Beziehungen und Ausgangsbedingungen verfügt. Fasst man die Antwortkategorien „sehr oft“ und „oft“ zusammen, ergibt sich für beide Gründe jeweils ein Anteil von etwa 80% der Befragten, die dieser Aussage zustimmen.

Die Idee der Chancengleichheit birgt in sich die Idealvorstellung, dass ausschließlich individuelle Fähigkeiten und Begabungen oder harte Arbeit Reichtum begründen sollten. Ersteres nennen auch zwei Drittel der Befragten, und mehr als die Hälfte der Befragten nennen harte Arbeit als Ursache für Reichtum. Allerdings nehmen große Teile der Bevölkerung keinen oder einen nur geringen Zusammenhang zwischen Reichtum und persönlicher Leistung an. Die Hälfte der Befragten sehen Reichtum auf unehrliches Verhalten und das Wirtschaftssystem zurückgeführt.

Die Höhe der Abfindungen für eine Reihe von ausscheidenden Vorstandsmitgliedern von Aktiengesellschaften und ein Anstieg der Vorstandsvergütungen sind Gegenstand heftiger öffentlicher Diskussion geworden. Empirische Untersuchungen zeigen, dass sich die durchschnittlichen Vorstandsvergütungen – insbesondere deren variable Vergütungsbestandteile – zwischen 2001 und 2005 unabhängig von den Aktienkursen stark erhöht haben („Pay without Performance“).

Schaubild II.4:

Durchschnittliche Entwicklung der Vorstandsbezüge und der Aktienkurse in 17 Dax-Unternehmen



Quelle: Schmidt, R./Schwalbach, J.: Zur Höhe und Dynamik der Vorstandsvergütung in Deutschland, ZfB Special Issue 1/2007, S. 111-122, Abbildung 1, S. 119.

Die Entgeltfindung bei Vorstandsmitgliedern lässt sich bei Publikumsaktiengesellschaften am ehesten als einen sich selbst verstärkenden Prozess der Referenzgruppenentlohnung charakterisieren. Die Aufsichtsräte legen danach die Einkommen ihrer Manager in Orientierung an einer Referenzgruppe aus anderen Managern in vergleichbaren Unternehmen fest.

Diese Entwicklungen sind von unternehmens- wie gesellschaftspolitischer Relevanz, da sie Einfluss auf die Arbeitsmotivation der Arbeitnehmer, den Zusammenhalt der Gesellschaft und die Akzeptanz der Bevölkerung bei Leistungseinschränkungen haben können. Dies umso mehr, als die ausgewerteten empirischen Studien der jüngeren Zeit zu dem Ergebnis kommen, dass sich die nach wie vor feststellbare Chancenungleichheit eines selektiven Bildungssystems in Deutschland auch bei der Rekrutierung des Spitzenmanagements fortsetzt.⁴² Darüber hinaus

⁴² Siehe dazu auch Kapitel III Bildungschancen, Abschnitt III.5 Bildungserfolg, Bildungsbeteiligung und sozioökonomischer Hintergrund.

hat die soziale Herkunft auch bei gleicher Qualifikation erheblichen Einfluss auf die Auswahl eines Kandidaten für eine Führungsposition.

Frauen haben eine um ein Zehnfaches niedrigere Chance eine Spitzenposition zu erlangen als vergleichbar ausgebildete Männer. Dies erscheint insofern paradox, als mehr Frauen als Männer studieren und beispielsweise das Fach Wirtschaftswissenschaften wählen. Wesentliche Gründe dafür liegen vor allem bei mangelnden Aufstiegschancen in den Unternehmen. Hierzu tragen unternehmensstrukturelle Faktoren bei, etwa die seltenere Einbeziehung von Frauen in Karriere entscheidende Netzwerke, aber auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie die unzureichende Kinderbetreuungsinfrastruktur sowie das gesellschaftliche Rollenverständnis von Frauen und Männern.

II.1.5.2 Integrierte Analyse von Einkommen und Vermögen⁴³

Daten über das Geld- und Immobilienvermögen privater Haushalte werden sowohl in der amtlichen Statistik als auch in anderen Quellen in der Regel nur im mehrjährigen Turnus erhoben. Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 können vom Statistischen Bundesamt voraussichtlich erst Mitte 2010 zur Verfügung gestellt werden. Aus der Vermögensbilanz des Sozio-oekonomischen Panels 2007 stehen nur vorläufige Ergebnisse der ersten drei Erhebungsmonate zur Verfügung, deren Vergleichbarkeit mit den Daten des Jahres 2002 noch unklar ist. Die bisherige Form der Vermögensanalyse (**Kernindikator Q.1.**) in den vorhergehenden Armuts- und Reichtumsberichten kann aus diesen Gründen hier nicht fortgesetzt werden.⁴⁴

Daher wurde die gemeinsame Analyse von Einkommen und Vermögen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 als ein wichtiger Schritt zum weiteren Aufbau der Reichtumsforschung beauftragt. Unter Berücksichtigung der für Arbeitnehmer und Selbständige unterschiedlichen Regelungen der Alters- und Krankheitsvorsorge wurde im Rahmen einer Studie ein modifizierter Ressourcenbegriff entwickelt. So wurde u. a. berücksichtigt, dass Selbständige ihre Altersvorsorge in der Regel privat betreiben müssen und dadurch bei ihnen Teile des Einkommens und Vermögens gebunden sind. Im Ergebnis wurden damit die in Abhängigkeit vom sozialen Status nach Abzug von angemessenen Vorsorgebeträgen frei verfügbaren Einkommen und Vermögen untersucht. Durch Verrentung der Vermögensbestände unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenserwartung wurden die Ergebnisse zwischen den Altersgruppen vergleichbar gemacht. Während Einkommensarmut ganz überwiegend auch mit Vermögensarmut verbunden ist, zeigt sich ein umfassendes Bild von finanziellem Reichtum erst durch die gemeinsame Betrachtung von Einkommen und Vermögen.

⁴³ DIW/ZEW/Hauser, R./Becker, I., 2008, a. a. O.

⁴⁴ DIW/ZEW/Hauser, R./Becker, I., 2008, a. a. O.

Grundsätzlich weist die integrierte Einkommens- und Vermögensverteilung höhere Anteile an Reichen an der Gesamtbevölkerung aus als die konventionelle Einkommensverteilung (**Kernindikator R.1.**). Ab wann eine Person oder ein Haushalt aufgrund des Einkommens als reich gelten soll, ist nach wie vor Gegenstand reger Diskussionen. Am gebräuchlichsten in der Wissenschaft ist die Einkommensgrenze von 200% des mittleren äquivalenzgewichteten Nettoeinkommens.⁴⁵ Das waren nach den Berechnungen basierend auf der EVS 2003 3.268 Euro netto/Monat. Da es sich um ein auf Personen bezogenes und äquivalenzgewichtetes Einkommen handelt, gilt dieser Wert für Alleinlebende. Die Reichtumsschwelle größerer Haushalte kann durch Multiplikation mit den entsprechenden Äquivalenzgewichten ermittelt werden. Für einen Paarhaushalt mit zwei Kindern unter 14 Jahren liegt das Haushaltseinkommen, ab dem hier von Reichtum ausgegangen wird, zum Beispiel bei 6.863 Euro netto/Monat (**siehe Abschnitt II.1.3 Einkommensentwicklung der Haushalte**).

Die Reichtumsgrenze ist damit wie die Armutsrisikoschwelle ein normativ gesetzter Wert. So entspricht der Wert von 3.268 Euro netto/Monat nicht den allgemeinen Vorstellungen der Bürger in Deutschland von Reichtum, die im Jahr 2007 im Mittel ein persönliches Einkommen von rund 5.000 Euro netto/Monat angaben (**siehe vorheriger Abschnitt**).

In der einfachen Einkommensverteilung beträgt die Reichtumsquote 6,4%⁴⁶. In der umfassenderen integrierten Einkommens- und Vermögensperspektive beträgt dieser Wert 8,8% (Anteil der Personen mit mehr als 3.418 Euro/Monat). Dies ist gleichbedeutend mit einer Zunahme der Anzahl reicher Personen von fünf Mio. auf 6,8 Mio. Personen. Damit gelten 38% der Personen, die in der integrierten Perspektive die Reichtumsgrenze überschreiten, in der einfachen Einkommensverteilung nicht als reich. Die Betrachtung der reinen Einkommensverteilung lässt also vergleichsweise viele Personen außer Acht, die unter Einbeziehung ihres Vermögens als reich gelten können. Dieser Effekt ist in Westdeutschland deutlich stärker ausgeprägt als in Ostdeutschland.

⁴⁵ Vgl. Arndt, Ch./Dann, S./Kleimann, R./Strotmann, H./Volkert, J.: Das Konzept der Verwirklichungschancen (A. Sen) - Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung, in: Endbericht zur Machbarkeitsstudie, Tübingen 2006, S. 139 und S. 140. Die Mediangrenze wurde von den Wissenschaftlern in Analogie zur Armutsrisikodefinition gewählt. Eine EU-Konvention wie bei der Armutsrisikogrenze existiert im Bereich Reichtum nicht.

⁴⁶ Dieses Ergebnis weicht vom Indikator R.1. für das Jahr 2003 auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) geringfügig ab. Der Indikator R.1. beträgt rund 7% und nicht wie hier ausgewiesen rund 6%. Diese Abweichung ergibt sich, weil für die integrierte Analyse von Einkommen und Vermögen eine gesonderte 80%-Teilstichprobe mit kombinierten Einkommens- und Vermögensdaten herangezogen wurde. Zur Berechnung des Indikators R.1. wurde dagegen ein anderes, lediglich auf Einkommensauswertungen zugeschnittenes Datenfile der EVS verwendet.

Tabelle II.5:

Einkommens- und Vermögensreichtum in Deutschland

	Einfache Einkommensverteilung	Integrierte Einkommens- und Vermögensverteilung
Reichtumsgrenze (Nettoäquivalenzeinkommen in Euro je Monat) ¹	3.268 netto/Monat	3.418 netto/Monat
Anzahl (Mio. Personen)	5,0	6,8
Reichtumsquoten (%)		
Insgesamt	6,4	8,8
Altersklassen ²		
>34	3,3	3,3
35-44	5,0	5,1
45-54	7,9	8,5
55-64	10,6	13,7
65 und älter	5,9	14,6
Sozialstatus ²		
Selbständige ³	25,5	25,5
Beamte	12,1	12,6
Angestellte	7,9	8,4
Arbeiter	0,7	1,0
Arbeitslose	0,8	1,2
Rentner	3,6	10,0
Pensionäre	15,6	28,5
Sonstige ³	3,5	10,0

1) Notwendige Altersvorsorgeaufwendungen berücksichtigt und gerundet.

2) Bezogen auf den Haushaltsvorstand.

3) Haushalte von selbständigen Landwirten unter „Sonstige“.

Quelle: EVS 2003

Ein Vergleich der Reichtumsquoten der einfachen und der integrierten Vermögensverteilungen verdeutlicht, dass sie sich vor allem bei älteren Personen unterscheiden. Während in der einfachen Einkommensverteilung nur 5,9% der Personen in einem Haushalt mit einer Bezugsperson über 65 Jahre als reich gelten, sind dies in der integrierten Betrachtung 14,6%. Dieser Unterschied hat im Wesentlichen zwei Gründe: Zum einen haben Ältere im Durchschnitt schon deshalb höhere Geld- und Immobilienvermögen als Jüngere, da sie mehr Zeit zum Vermögensaufbau hatten. Zum anderen ist ihre Restlebenserwartung geringer, die der rechnerischen Verrentung der Vermögensbestände im Rahmen der hier durchgeführten Analyse zugrunde gelegt

wird. In der Folge errechnen sich aus den Vermögen auch höhere (fiktive) Einkünfte als bei jüngeren Haushalten. Es handelt sich um ein theoretisches Konzept, das vollständige, sofortige Liquidierbarkeit aller Vermögensbestände unterstellt und von Transaktionskosten absieht, jedoch die Sicherungsfunktion des privaten Vermögens anschaulicher verdeutlichen kann, als die getrennte Betrachtung von Einkommen und Vermögen.

Die stärksten Änderungen bei der integrierten Betrachtung von Einkommen und Vermögen ergeben sich für Rentner und Pensionäre.⁴⁷ Während der Anteil reicher Rentner in der einfachen Einkommensverteilung 3,6% beträgt, sind dies in der integrierten Betrachtung 10,0%. Auch der Anteil reicher Pensionäre steigt von 15,6% auf 28,5%. Nach dem Dritten Versorgungsbericht der Bundesregierung erzielten am 1. Januar 2003 rund 17,8% aller Pensionäre in Bund, Ländern und Gemeinden ein Bruttoreuhegehalt von mehr als 3.250 Euro. Dieser scheinbare Widerspruch erklärt sich damit, dass für die integrierte Einkommens- und Vermögensbetrachtung das gesamte Nettoeinkommen eines Haushaltes und damit das Einkommen aller Haushaltsmitglieder berücksichtigt wurde, etwa auch aus Lebensversicherungen und dem Mietwert selbstgenutzten Wohneigentums. Dieses wurde dann äquivalenzgewichtet den Haushaltsmitgliedern zugewiesen.

Daneben haben in der einfachen wie in der integrierten Verteilung Selbständige und Beamte die höchsten Reichtumsquoten, wobei die Spitzenpositionen insbesondere von Selbständigen erreicht werden. So liegt der durchschnittliche Wert für das integrierte Einkommen und Vermögen der Teilgruppe der Selbständigen oberhalb der 200%-Schwelle mit 6.351 Euro wesentlich über dem Wert der entsprechenden Teilgruppe der Beamten (4.399 Euro) oder Pensionäre (5.256 Euro).

Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Landesteilen, so wird deutlich, dass der Anteil der Personen, die mindestens das Doppelte des gesamtdeutschen Äquivalenzeinkommens zur Verfügung haben, in Westdeutschland in der integrierten Betrachtung mit 10,2% fast fünfmal so hoch ist wie in Ostdeutschland (mit Berlin, 2,1%). Angesichts des vielschichtigen Bildes der Ressourcenverteilung in Deutschland sind verallgemeinernde Aussagen über einzelne soziodemografische Gruppen von sehr begrenzter Aussagekraft. Zurückliegende Lebensverläufe, Erbschaften und Schenkungen, die aktuelle Lebensphase, die Verteilungsposition hinsichtlich der Markteinkommen und der Haushaltskontext treten in allen Teilgruppen mit heterogenen

⁴⁷ Die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren besteht zu einem Großteil aus Rentnern. Sie ist aber nicht in vollem Umfang identisch mit der Gruppe der Rentner und Pensionäre, die deshalb hier getrennt ausgewiesen werden.

Ausprägungen und in diversen Konstellationen auf mit dem Ergebnis hoher gruppeninterner Ungleichheiten der verfügbaren Einkommen und Vermögen.⁴⁸

II.1.6 Zukünftige Einkommens- und Vermögenssituation im Alter

II.1.6.1 Risikopotenziale niedriger Alterseinkommen⁴⁹

Trotz schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen ist das Armutsrisiko bei Älteren nach EU-SILC entgegen dem allgemeinen Trend nicht gestiegen (**siehe Abschnitt II.1.4**). Im vorhergehenden Abschnitt wurde verdeutlicht, dass die relative Ressourcenposition älterer Personen in der einfachen Einkommensperspektive sogar noch unterschätzt wird. Gemessen am sozio-kulturellen Existenzminimum zeigt sich für die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich zum Rest der Bevölkerung heute eine vergleichsweise geringe Betroffenheit von Armut. Ende 2006 bezogen nur 2,6% der Frauen sowie 1,8% der Männer und damit 2,3% dieser Altersgruppe insgesamt Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die eigene Alterseinkünfte bis zur Höhe der Mindestsicherung ersetzt oder ergänzt. Für Westdeutschland beträgt die Gesamtquote 2,4%, für Ostdeutschland nur 1,1% (jeweils ohne Berlin). Dieser Abschnitt widmet sich der Frage, welche Einflüsse für die künftige Entwicklung der Alterssicherung in Deutschland relevant sind und wie diese Entwicklung einzuschätzen ist.

Die Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005 beauftragte die Bundesregierung, Forschungsdefizite im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung insbesondere in Bezug auf die künftige Einkommens- und Vermögenssituation im Alter abzubauen. Aussagen über zukünftige Trends in der Entwicklung der Alterseinkommen liefern die Mitte 2007 ausgewerteten Ergebnisse der zweiten Untersuchung „Altersvorsorge in Deutschland“ (AVID) 2005. Ziel der Studie war es, für die damals 40- bis unter 60-Jährigen der Gesamtbevölkerung die Art und Höhe der Anwartschaften auf spätere Alterseinkommen auf Personen- und Ehepaarebene zu ermitteln. Bei den Ergebnissen der AVID-Studie ist zu beachten, dass die noch nicht abgeschlossenen Erwerbsbiografien, je nach Geburtsjahrgang, um bis zu 25 Jahre fortgeschrieben wurden. Höhe und Verteilung der projizierten Alterseinkommen hängen maßgeblich von künftigen Entwicklungen der Beteiligung der Erwerbstätigen am Arbeitsmarkt, ihren Einkommen und den sich daraus ergebenden Möglichkeiten, zusätzliche Altersvorsorge zu betreiben, ab. Die AVID zeigt hier in verschiedenen Projektionsrechnungen ein breites Spektrum möglicher Entwicklungen auf.

⁴⁸ DIW/ZEW/Hauser, R./Becker, I., 2008, a. a. O., Kurzfassung S. XII.

⁴⁹ TNS Infratest Sozialforschung: Altersvorsorge in Deutschland 2005, Alterseinkommen und Biografie, DRV-Schriften Band 75, BMAS-Forschungsbericht Band 365, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Berlin 2007.

Die AVID untersucht auch Personengruppen mit niedrigen Anwartschaften auf Alterseinkommen, indem alle erfassten Personen in fünf Einkommensgruppen (Quintile) aufgeteilt und die Personen im unteren Einkommensquintil mit den Personen in den oberen vier Quintilen verglichen werden. Das durchschnittliche äquivalenzgewichtete Nettoalterseinkommen aller in der AVID untersuchten Personen beträgt 1.471 Euro/Monat. Die Quintilobergrenze für die Personen mit den niedrigsten Anwartschaften auf Alterseinkommen liegt bei 953 Euro netto/Monat.⁵⁰ Über 99% der untersuchten Personen mit Einkommen unterhalb dieser Schwelle verfügen über Anwartschaften auf eine Versichertenrente der GRV. Weitere Alterseinkommen neben der GRV sind hier seltener verbreitet als bei den verbleibenden vier Quintilen, so dass die GRV-Rente bei diesem Personenkreis voraussichtlich den Großteil des zukünftigen Einkommens ausmachen wird.⁵¹

Eine bedeutende Ausnahme dabei ist der Anteil der Personen mit privater Vorsorge über Riester-Renten. Im unteren Quintil liegen die Anteile der Personen mit Anwartschaften auf diese privaten Vorsorgeleistungen um 2 Prozentpunkte (West) bzw. 3 Prozentpunkte (Ost) über dem Durchschnitt in den oberen vier Einkommenssegmenten. Bei alleinstehenden Frauen in Westdeutschland zeigt sich für die Riester-Rente sogar eine fast doppelt so hohe Quote mit 13% im unteren Quintil und 7% in den zusammengefassten oberen Quintilen. Die hohe staatliche Förderung in Form von Kinderzulagen dürfte der wesentliche Grund dafür sein. Alleinerziehenden wird diese bereits aufgrund ihrer Kindererziehungszeiten und einem geringen Eigenbeitrag gewährt. Damit wird deutlich, dass bereits zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Jahr 2004 die Attraktivität der Riesterförderung auch für Bezieher niedriger Einkommen durchaus bekannt war.

Unabhängig von Geschlecht und Familienstand weisen sowohl in Westdeutschland wie in Ostdeutschland Personen im unteren Einkommensquintil deutlich weniger Zeiten mit sozialversicherungspflichtiger Vollzeitbeschäftigung und zwei- bis dreimal längere Phasen von selbständiger Tätigkeit, geringfügiger Beschäftigung und Arbeitslosigkeit auf als Personen mit höherem Netto-Alterseinkommen. Hier liefert die AVID-Studie einen deutlichen Hinweis darauf, dass niedrige Einkommen im Alter in erheblichem Umfang durch ausgeprägte Zeiten außerhalb des Versicherungsschutzes der GRV bzw. mit begrenztem Versicherungsschutz begründet sind.⁵² Die Leistungen der GRV folgen dabei grundsätzlich dem Äquivalenzprinzip und gründen auf den individuellen Beitragszahlungen. Wer relativ geringe Beiträge oder nur kurz eingezahlt hat, kann auch nur vergleichsweise geringe Leistungen erwarten.

⁵⁰ Zu Grunde gelegt wurde hier das mit der neuen OECD-Skala gewichtete projizierte Nettoalterseinkommen.

⁵¹ Eine Ausnahme sind hier die Anwartschaften auf eine Leistung der Alterssicherung der Landwirte. Die Alterseinkommen der Landwirte liegen überwiegend im unteren Quintil, wobei allerdings Altenteile nicht erfasst wurden.

⁵² TNS Infratest Sozialforschung: Altersvorsorge in Deutschland 2005, a. a. O.

Wie viele Personen in Zukunft auf staatliche Unterstützung im Alter angewiesen sein werden, lässt sich weder aus der AVID-Studie noch auf der Grundlage einer anderen Studie verlässlich abschätzen, denn der Anspruch auf Grundsicherungsleistungen setzt Hilfebedürftigkeit voraus. Ob Hilfebedürftigkeit vorliegt, hängt nicht nur von der Höhe des individuellen Gesamteinkommens, sondern auch von den Unterhaltsansprüchen gegen Ehegatten oder Lebenspartner und von der Höhe des vorhandenen Vermögens ab. Außerdem bestimmt sich Hilfebedürftigkeit nach dem soziokulturellen Existenzminimum in Form des Grundsicherungsbedarfs. Wie sich dieser Bedarf in Zukunft entwickeln wird, hängt aber ebenfalls von einer Vielzahl von Faktoren ab, deren Entwicklung nicht seriös vorausgeschätzt werden kann. Die tatsächliche Entwicklung ist also nicht bereits heute unabänderlich festgelegt, sondern beeinflussbar. Sowohl gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen als auch der individuelle Zugang zum Arbeitsmarkt sind hierfür entscheidend. Gute Ausbildung und eine möglichst durchgängige Erwerbsbiografie bei ausreichendem Einkommen verbessern die Möglichkeiten für die zusätzliche Altersvorsorge.

II.1.6.2 Zukünftige Vermögenssituation im Alter⁵³

Auch die künftige Vermögensentwicklung unterliegt starken Unsicherheiten, wie das bei zukunftsbezogenen Fragen immer der Fall ist. Modellrechnungen für die Zukunft stellen daher, insbesondere bei sehr langfristigem Zeithorizont, lediglich Trendaussagen vor dem Hintergrund der getroffenen Annahmen dar und sind entsprechend vorsichtig zu interpretieren. Nach einer Studie von empirica könnten die Nettogeld- und Immobilienvermögen der Senioren-Haushalte in Deutschland von 2003 bis 2025 real um fast 40% von durchschnittlich 163.000 Euro auf 226.000 Euro steigen.⁵⁴ Im Jahr 2003 lagen die Einnahmen aus Vermögen der Haushalte mit 60-jähriger oder älterer Bezugsperson bundesweit bei durchschnittlich rund 6.200 Euro jährlich. Unter der Annahme steigender Vermögenswerte würden auch die realen Vermögenseinkommen bis zum Jahr 2025 auf durchschnittlich rund 8.000 Euro ansteigen. Künftige Rentner in Ostdeutschland würden der Schätzung zufolge auch ohne geförderte Altersvorsorge ihre Vermögenseinnahmen von rund 3.000 Euro im Jahr 2003 bis zum Jahr 2025 sogar fast verdoppeln. Die Vermögenseinnahmen hätten das Potenzial noch deutlich stärker anzusteigen, wenn ausreichend privat vorgesorgt wird.

⁵³ empirica: Trends in der Entwicklung von Vermögen und Vermögenseinkommen zukünftiger Rentnergenerationen, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008, im Erscheinen.

⁵⁴ Annahmen im Gutachten zur Vermögensentwicklung: Geldvermögen abzgl. Konsumentenkredite mit komplexen Prognosen und veränderten Einkommensstrukturen; Verkehrswerte der Immobilien ohne Abzug ausstehender Baukredite und 0,5% Wertzuwachs pro Jahr; Aufbau von Altersvorsorgevermögen ohne Verdrängung bisheriger Sparprozesse bei 100%iger Teilnahme und einem Sparbetrag von 4% des Bruttolohns bzw. 2.400 Euro/Jahr.

Die Entwicklung der zukünftigen Altersvorsorgevermögen bei Riester-Renten oder sonstigen staatlich geförderten Anlagen hängt wesentlich von der Teilnahmequote, vom Umfang der Sparbeträge und von der Verdrängung bisheriger Sparprozesse ab. Je nach Annahme könnten die Altersvorsorgevermögen bis zum Jahr 2025 deutschlandweit durchschnittlich zwischen 19.000 Euro und 34.000 Euro betragen und damit 8% bis 13% des realen Gesamtvermögens ausmachen. In Ostdeutschland wären unter diesen Annahmen die durchschnittlichen Altersvorsorgevermögen aufgrund höherer Erwerbsbeteiligung von Frauen mit real bis zu 36.000 Euro sogar noch etwas größer. Auch ihr Anteil am Gesamtvermögen ist deutlich höher, da die sonstigen Vermögen der Haushalte in Ostdeutschland geringer ausfallen als in Westdeutschland. Bis zum Jahr 2025 könnte daher der Anteil der Altersvorsorgevermögen am Gesamtvermögen der Senioren-Haushalte in Ostdeutschland fast ein Fünftel betragen.

II.2 Mindestsicherung

II.2.1 Ausgangssituation

Auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland sind Mindestsicherungssysteme ein wichtiges Element bei der Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung sowie hinsichtlich der Eröffnung von Teilhabe- und Verwirklichungschancen. Bis Ende 2004 bildeten im Wesentlichen die Sozialhilfe, die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, das Asylbewerberleistungsgesetz sowie die Arbeitslosenhilfe das finanzielle Auffangnetz für bedürftige Personen. Der überwiegende Teil der bedürftigen Erwerbsfähigen erhielt bis Ende 2004 entweder nur Leistungen der Arbeitslosenhilfe (2,3 Mio.) und ergänzend oder ausschließlich Leistungen der Sozialhilfe (2,9 Mio.).

Um dieses Neben- und zum Teil auch Gegeneinander zweier Fürsorgeleistungen durch Leistungen aus einer Hand für einen vergleichbaren Personenkreis zu ersetzen, wurde mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt und dem Kommunalen Optionsgesetz ein einheitliches System für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe und die erwerbsfähigen Sozialhilfeempfänger geschaffen – die Grundsicherung für Arbeitsuchende. Damit war die Erwartung verbunden, durch ein konsequentes Fördern und Fordern die Arbeitslosigkeit, als eine wesentliche Voraussetzung von Armut und Ausgrenzung, effektiver und effizienter abbauen zu können. Die Neugestaltung der maßgeblichen Mindestsicherungssysteme – Sozialhilfe (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII) und Grundsicherung für Arbeitsuchende (Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II) – ist am 1. Januar 2005 in Kraft getreten.

II.2.2 Sozialhilfe – SGB XII

Als Kernelement des Sozialstaates leistet – neben dem neuen Mindestsicherungssystem im SGB II – wie bisher die Sozialhilfe Hilfe in Notlagen. Jeder, der sich nicht selbst helfen und auch nicht auf andere vorrangige Unterstützung zählen kann, hat einen Rechtsanspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU), die für ein menschenwürdiges Dasein einschließlich einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nötig ist. Die Leistungen sollen ihn aber darüber hinaus auch in die Lage versetzen, sein Leben möglichst bald wieder aus eigener Kraft zu gestalten. Hatten Ende 2004 noch 1,46 Mio. Haushalte mit 2,9 Mio. Personen HLU außerhalb von Einrichtungen bezogen, waren es Ende 2006 aufgrund der Einführung des neuen Mindestsicherungssystems im SGB II nur noch 73.000 Haushalte mit 82.000 Personen.

II.2.2.1 Kreis der Anspruchsberechtigten

Da die erwerbsfähigen Sozialhilfeempfänger und ihre Angehörigen im Rahmen des SGB II unterstützt und gefördert werden, konzentriert sich das SGB XII auf die verbleibenden Personengruppen (voll Erwerbsgeminderte, 65-Jährige und Ältere, eine geringe Zahl von Kindern, Pflegebe-

dürftige sowie unter bestimmten Voraussetzungen Ausländer in Deutschland und Deutsche im Ausland).

II.2.2.2 Hilfe zum Lebensunterhalt – eine Absicherung des soziokulturellen Existenzminimums

Auf Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) hat jeder Mensch Anspruch, der seinen Bedarf weder aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) und Kräften (Einsatz der Arbeitskraft) noch mit Hilfe anderer bestreiten kann. Der „notwendige Lebensunterhalt“ umfasst den durch Regelsätze abgedeckten Bedarf an Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat und persönlichen Bedürfnissen, die in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und Teilnahme am kulturellen Leben einschließen.

Im Gegensatz zum bis Ende 2004 geltenden Bundessozialhilfegesetz sind im Regelsatz nun bis auf wenige Ausnahmen auch die bisherigen einmaligen Leistungen enthalten. Das führt einerseits zu Verwaltungsvereinfachungen, da einmalige Leistungen nun nicht mehr im Einzelfall beantragt und bewilligt werden müssen. Andererseits kommt diese Vereinfachung insbesondere denjenigen Leistungsempfängern zugute, die diese Ansprüche nicht kannten oder sich scheuten, diese Ansprüche beim Sozialamt geltend zu machen. Durch die Pauschalierung auch der Einmalleistungen haben die Leistungsberechtigten die Möglichkeit, über dieses Hilfebudget nach ihren Bedürfnissen zu verfügen. Damit werden auch Eigenverantwortung und Dispositionsfreiheit der Leistungsempfänger gestärkt.

Die Regelsätze der Sozialhilfe bilden zugleich das Referenzsystem für steuerfinanzierte Fürsorgeleistungen, insbesondere die Regelleistungen nach dem SGB II. Alleinstehende, Alleinerziehende oder Personen, deren Partner minderjährig sind, erhalten den vollen Eckregelsatz von 347 Euro/Monat (seit 1. Juli 2007). Sind beide Partner volljährig, so wird im Gegensatz zum bisherigen Sozialhilferecht seit 2007 die bis dato geltende Begünstigung des Haushaltsvorstandes abgeschafft und beide bekommen wie im SGB II je 90% des Eckregelsatzes, also je 312 Euro pro Monat. Für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres beträgt der Regelsatz 60% und damit 208 Euro pro Monat. Jugendliche bis 18 Jahre erhalten ab Beginn des 15. Lebensjahres 80% des Eckregelsatzes (278 Euro pro Monat).

Zusätzlich werden unter bestimmten Voraussetzungen Mehrbedarfe für Ältere, Schwangere und Alleinerziehende gezahlt und in wenigen Ausnahmen noch gesondert einmalige Leistungen. Darüber hinaus werden die angemessenen Kosten der Unterkunft und Heizung gewährt. Im Gegensatz zum früheren Recht werden keine Zuschüsse zu den Unterkunftskosten nach dem Wohngeldgesetz gezahlt und dann auf die Sozialhilfe angerechnet. Der Wegfall des Wohngeldes hat für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII (gilt aber auch für alle steuerfinanzierten

Leistungen) keine finanziellen Nachteile, da die gesamten angemessenen Mietkosten⁵⁵ – wie bisher – übernommen werden.

In Einrichtungen gewinnt die Hilfe zum Lebensunterhalt an Bedeutung. Denn anders als im ehemaligen BSHG wird die HLU in Einrichtungen nach dem SGB XII nunmehr unabhängig von den Maßnahmen in besonderen Lebenssituationen (Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Alter oder bei besonderen sozialen Schwierigkeiten), insbesondere „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“, „Hilfe zur Pflege“ und „Hilfen zur Gesundheit“ nach dem Fünften bis Neunten Kapitel des SGB XII, gewährt. Ende 2004 erhielten nur etwa 15.800 Personen in Einrichtungen HLU.⁵⁶ Ende 2005 waren es 192.000 Personen und Ende 2006 stieg die Zahl auf 224.161 Personen an.

II.2.2.3 Regelsatzbemessung

Die Bemessung der Regelsätze erfolgt auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS), bei der die untersten 20% der Haushalte ohne Sozialhilfeempfänger berücksichtigt werden. Sobald die Ergebnisse einer neuen EVS vorliegen, ist die Regelsatzbemessung zu überprüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Dies ist in der Regel alle fünf Jahre der Fall. In den Jahren zwischen den EVS-Erhebungen werden die Regelsätze entsprechend der Rententwicklung angepasst. Auf Grundlage der Ergebnisse der EVS 2003 basiert die Regelsatzbemessung seit 2007 erstmals auf einer gesamtdeutschen Verbrauchsstruktur. Zudem wurden Veränderungen im Verbraucherverhalten und Verbesserungsvorschläge an der früheren Bemessung berücksichtigt. Auf der Grundlage der neuen Regelsatzbemessung wurde der Eckregelsatz in allen Ländern zum 1. Januar 2007 auf 345 Euro festgesetzt. Aufgrund der Rentenanpassung zum 1. Juli 2007 wurde der Eckregelsatz auf 347 Euro erhöht.

II.2.2.4 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurde zum 1. Januar 2003 als eigenständige, aber dem Sozialhilferecht angeglichenen Leistung durch das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) eingeführt. Seit Inkrafttreten des SGB XII am 1. Januar 2005 ist die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung als Viertes Kapitel Bestandteil des Sozialhilferechts. Leistungshöhe und -umfang entsprechen der Hilfe zum Lebensunterhalt (**siehe Abschnitt II.2.2.2**).

⁵⁵ Für den Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende hat das Bundessozialgericht in seinen Urteilen vom 7. November 2006 – B 7b AS 10/06 und 18/06 R die Angemessenheit des Wohnraums hergeleitet. Das Bundessozialgericht folgt insoweit der so genannten Produkttheorie, die letztlich abstellt auf das Produkt aus angemessener Wohnfläche und Standard, das sich in der Wohnungsmiete niederschlägt.

⁵⁶ Bis Ende 2004 erhielt nur ein kleiner Personenkreis wie z. B. Personen in Altenheimen / Altenwohnheimen (ohne bzw. mit nur sehr geringfügigem Pflegebedarf), in sog. „Obdachlosenheimen“ u.ä. (mit längerem Aufenthalt zum Zwecke der Wiedereingliederung) und in Frauenhäusern ausschließlich diese Leistung.

Kernelement der Grundsicherung ist, dass das Einkommen von Kindern oder Eltern der Antragsberechtigten – anders als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt – nicht berücksichtigt wird. Dieser Verzicht auf den Unterhaltsrückgriff ist erforderlich, um verschämte Armut erfolgreich bekämpfen zu können. Allerdings entfällt der Grundsicherungsanspruch, wenn Kinder oder Eltern über ein hohes Einkommen (mindestens 100.000 Euro jährliches Gesamteinkommen) verfügen. In diesem Fall besteht aber ein Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt, verbunden mit der Möglichkeit eines Unterhaltsrückgriffs bei den unterhaltspflichtigen Kindern und Eltern. Ferner gilt in der Grundsicherung im Unterschied zur HLU die Vermutung nicht, dass in einem Haushalt zusammenlebende Personen für einander aufkommen (sog. Unterhaltsvermutung). Der Verzicht auf die Unterhaltsvermutung hat zur Folge, dass behinderten volljährigen Personen, die im Haushalt ihrer Eltern leben, ein Anspruch auf diese Grundsicherung eingeräumt worden ist, den die genannten Personen vor Einführung der Grundsicherung nur in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ihrer Eltern hatten.

Tabelle II.6:

**Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
außerhalb von und in Einrichtungen**

Jahr	Empfänger/-innen			Ausgaben (netto)
	Insgesamt	davon		
		65 Jahre und älter	18 bis unter 65 Jahre (voll er- werbsgemin- dert)	
	in 1.000 am Jahresende			in Mrd. Euro
2003	439	258	181	1,3
2004	526	293	233	2,1
2005	630	343	287	2,8
2006	682	371	311	3,1

Quelle: Statistisches Bundesamt

Etwas weniger als die Hälfte der 682.000 Leistungsbezieher (46%) waren im Jahr 2006 dauerhaft voll erwerbsgemindert, also im Alter von 18 bis unter 65 Jahre. Dies entsprach 1% der Bevölkerung in dieser Altersgruppe. 65 Jahre und älter waren 54% aller Bezieher, das sind 2,3% der Bevölkerung dieser Altersgruppe. Rund ein Viertel der Grundsicherungsbezieher (174.000 Personen) lebten in stationären Einrichtungen, bei den 65-Jährigen und Älteren waren es nur 17% und bei den dauerhaft voll Erwerbsgeminderten 36%.

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen mehr Frauen (388.000 Frauen und damit 57%) als Männer (294.000). Auch gemessen an allen Frauen und Männern ab 18 Jahren in der Gesamtbevölkerung war der Bezug von Grundsicherungsleistungen bei Frauen häufiger als bei Männern: Der Anteil betrug bei Frauen 1,1%, bei Männern 0,9%. Der Anteil der Grundsicherungsbezieherinnen wegen dauerhafter voller Erwerbsminderung an allen Frauen in der Altersgruppe zwischen 18 und unter 65 Jahren betrug dagegen nur 0,5%, bei Männern hingegen 0,7%. Maßgeblich verantwortlich hierfür ist, dass es in Deutschland mehr schwerbehinderte Männer als Frauen gibt. Grundsicherungsbezug wegen Alters ist hingegen bei Frauen häufiger. Der Anteil an allen Frauen ab 65 Jahren betrug 2,6 %, bei Männern nur 1,8%. Ein Vergleich zwischen West- und Ostdeutschland zeigt, dass der Grundsicherungsbezug im Westen häufiger ist als im Osten (ohne Berlin). Im Durchschnitt bezogen 1% der Bevölkerung ab 18 Jahren in Westdeutschland Grundsicherungsleistungen, während es in Ostdeutschland nur 0,7% waren.

Verglichen mit dem Jahr 2003 ist die Zahl der Personen, die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen haben, bis zum Jahr 2006 (jeweils Jahresende) um rund 243.000 Personen oder mehr als 50% angestiegen. Dieser Anstieg ist durch mehrere Faktoren bedingt:

- Die Aufdeckung verschämter Altersarmut, weil mehr 65-jährige und ältere Personen wegen des Wegfalls des Unterhaltsrückgriffs einen Anspruch auf Grundsicherung geltend machen als vor 2003 einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt.
- Die Einführung einer Mindestabsicherung für dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen, die bei ihren Eltern leben, durch den Wegfall der Unterhaltsvermutung. Diese Personen hatten vor 2003 meist keinen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt.
- Der allmähliche Aufwuchs der Bezieherzahlen, da der anspruchsberechtigte Personenkreis nicht bereits zum Inkrafttreten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2003 die neue Leistung bezogen hat. Stattdessen verteilte sich die Umstellung vom Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt auf den Grundsicherungsbezug und die daran anknüpfende statistische Erfassung auf die Jahre 2003 bis 2005. Die Erstanträge von Personen, die zuvor keine Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen haben, wurden ebenfalls nicht alle im Jahr 2003 gestellt und bewilligt, sondern verteilten sich auf mehrere Jahre.
- Eine Informationskampagne der Bundesregierung, der Sozialbehörden und der gesetzlichen Rentenversicherungsträger, durch die insbesondere ältere Personen in schwierigen Einkommensverhältnissen auf die neue Leistung aufmerksam gemacht wurden.

Aus der Statistik für das Jahr 2006 ergibt sich beim Anstieg der leistungsbeziehenden Personen und den Ausgaben erstmals eine gewisse „Normalisierung“, da die Entwicklung nicht mehr von

den für die Jahre 2004 und 2005 feststellbaren „Nachholeffekten“ geprägt ist (**siehe auch Kernindikator A.14.**). Damit wird das bei Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung angenommene Potenzial an anspruchsberechtigten Personen in etwa ausgeschöpft.

Der durchschnittlich gezahlte Leistungsbetrag ist seit 2003 von 298 Euro auf 381 Euro im Jahr 2006 angestiegen. Der Anstieg hat viele Ursachen. In der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wirken sich alle Veränderungen in vorgelagerten Sicherungssystemen sowie Änderungen in der Einkommensentwicklung aus.

II.2.2.5 Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII (ehemalige Hilfe in besonderen Lebenslagen)

Die Sozialhilfe tritt auch ein, wenn in einer besonderen Lebenssituation infolge von Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Alter oder bei besonderen sozialen Schwierigkeiten Unterstützung benötigt wird. Insbesondere kommen hier „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“, „Hilfe zur Pflege“ und „Hilfen zur Gesundheit“ in Betracht. Diese Hilfen erhält auch, wer für seinen Lebensunterhalt noch selbst sorgen kann, aber wegen besonderer Bedarfssituationen auf die Hilfe der Gesellschaft angewiesen ist. Auch Leistungsempfänger nach dem SGB II können diese besonderen Hilfen erhalten, wenn die Voraussetzungen vorliegen. Diese Hilfen, wie z. B. die Eingliederungshilfe oder die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, verhindern soziale Ausgrenzungen und fördern die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, insbesondere auch am Arbeitsleben.

Eine besondere Anwendungsform dieser, aber auch anderer Hilfen bietet das trägerübergreifende Persönliche Budget für kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen. Anstelle von Sachleistungen soll der Betroffene durch ihm gewährte Geldleistungen sein Leben stärker selbst organisieren können. Nach Abschluss der dreieinhalbjährigen Modellerprobungsphase besteht seit dem 1. Januar 2008 hierauf ein Rechtsanspruch.⁵⁷ Am Jahresende 2006 nahmen insgesamt 1.056 Personen, die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erhielten, und 148 Leistungsbezieher von Hilfe zur Pflege ein Persönliches Budget in Anspruch.

⁵⁷ Siehe hierzu ausführlich Kapitel X Selbstbestimmte Teilhabe behinderter Menschen fördern, Abschnitt X.6 Förderung der Inanspruchnahme Persönlicher Budgets.

Tabelle II.7:

**Empfänger/-innen und Ausgaben nach dem Fünften
bis Neunten Kapitel SGB XII¹⁾**

Jahr	Empfänger/-innen						Ausgaben (netto)
	Insge- samt ²⁾	darunter					
		Eingliederungs- hilfe für behin- derte Men- schen	Hilfe zur Pflege	Hilfe bei Krankheit ³⁾ (bis 2004)	Hilfen zur Gesundheit unmittelbar vom Sozialamt (ab 2005)	Anspruchs- berechtigte gem. § 264 SGB V ⁴⁾	
	in 1.000 am Jahresende						in Mrd. Euro
2000	1.035	414	261	360	-	-	12,1
2003	1.103	464	242	403	-	-	13,8
2004	755	491	246	-	-	-	14,2
2005	788	478	261	-	37	88	14,2
2006	846	526	273	-	36	111	14,4

- 1) Außerhalb von und in Einrichtungen (ehemalige Hilfe in besonderen Lebenslagen), Doppelzählungen möglich.
 - 2) Mehrfachzählungen wurden soweit aus den Meldungen erkennbar ausgeschlossen.
 - 3) Inklusive Hilfe bei Sterilisation und Hilfe zur Familienplanung. Der Empfängerbestand zum Jahresende 2004 wurde in der Sozialhilfestatistik nicht erfasst.
 - 4) Die Anspruchsberechtigten gem. § 264 SGB V werden von der Sozialhilfestatistik ab dem Berichtsjahr 2005 erfasst, aber nicht zu den Empfängern von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII gezählt.
- nichts vorhanden

Quelle: Statistisches Bundesamt

Ende 2006 bezogen 846.000 Personen Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII, darunter 273.000 Hilfe zur Pflege, 526.000 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und 36.000 Hilfe zur Gesundheit unmittelbar von den Sozialämtern. 111.000 Personen hatten Anspruch auf Leistungen nach § 264 SGB V. Ausschlaggebend für die nach 2003 deutlich gesunkene Gesamtzahl der Empfänger ist der signifikante Rückgang der Empfängerzahlen bei den Hilfen zur Gesundheit. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) am 1. Januar 2004 das Sozialhilferecht dahingehend geändert wurde, dass generell keine über die Leistungen der GKV hinausgehenden Gesundheitsleistungen mehr erbracht werden können. Damit sind die so genannten „Aufstockerfälle“ entfallen. Um diese Gleichbehandlung mit den Versicherten in der GKV sicherzustellen, erhielten auch Sozialhilfeempfänger/-innen eine Versichertenkarte und wurden in der GKV wie Versicherte behandelt. Die dadurch entstehenden Kosten der Krankenkasse werden durch die Sozialhilfeträger erstattet. Zum anderen ist der Rückgang ab 2005 auch darauf zurückzuführen, dass ein Großteil der früheren Sozialhilfeempfänger/-innen im SGB II pflichtversichert in der GKV wurden.

Bei den Leistungsberechtigten nach dem fünften bis neunten Kapitel SGB XII ist vielfach davon auszugehen, dass die Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen dauerhaft ist, weil ihnen die Mittel fehlen, um die erheblichen Bedarfe vollständig zu decken oder ihnen der Gesetzgeber bestimmte Leistungen einkommensunabhängig gewähren will. Von zentraler Bedeutung für diese Personen ist außerdem, ob und in welcher Höhe Leistungen aus vorgelagerten Sicherungssystemen bezogen werden. So erhielten z. B. von den Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege gut 60% gleichzeitig Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, die alleine aber nicht zur Abdeckung der gesamten Pflegekosten reichen.⁵⁸ Im Bereich der Hilfe zur Pflege waren Ende 2006 78% der Leistungsbezieher/-innen mindestens 65 Jahre alt.

II.2.3 Grundsicherung für Arbeitsuchende – SGB II

II.2.3.1 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

Das Arbeitslosengeld II ist – anders als die frühere Arbeitslosenhilfe – keine Lohnersatzleistung mit Fürsorgecharakter, sondern eine bedarfsorientierte und bedürftigkeitsabhängige Fürsorgeleistung. Dementsprechend orientiert sich das Niveau der neuen Leistung auch nicht an der Höhe des zuletzt bezogenen Nettoentgelts aus Erwerbstätigkeit, sondern an einem pauschalierbaren Bedarf des betroffenen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft zusammenlebenden Angehörigen. Maßstab für die Bewilligung von Unterstützung ist die individuelle Bedürftigkeit der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft. Im Rahmen des Arbeitslosengeldes II müssen sich die Partner gegenseitig unterstützen und für ihre Kinder – auch jenseits der Volljährigkeit – sorgen, solange sie noch bei ihnen wohnen. Erst wenn diese Selbsthilfe nicht ausreicht, kann staatliche Hilfe in Anspruch genommen werden.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende ermöglicht eine umfassende Förderung bei der beruflichen Eingliederung. Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten mit dem Arbeitslosengeld II Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung, soweit diese angemessen sind. Nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, insbesondere Kinder unter 15 Jahren, die mit einem Empfänger von Arbeitslosengeld II in einer Bedarfsgemeinschaft zusammenleben, bekommen Sozialgeld. Leistungshöhe und Leistungsumfang zur Sicherung des Lebensunterhalts im SGB II entsprechen, abgesehen von der Öffnungsklausel⁵⁹ im SGB XII, den Leistungen des SGB XII (**siehe Abschnitt II.2.2.2**) und gewährleisten somit das verfassungsrechtlich garantierte soziokulturelle Existenzminimum.⁶⁰

⁵⁸ Siehe hierzu ausführlich Kapitel VI Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit, Abschnitt VI.2 Soziale Lage von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

⁵⁹ Danach ist nach dem SGB XII auch im Einzelfall die Festlegung eines vom Regelsatz abweichenden Bedarfes möglich, wenn im Einzelfall ein Bedarf unabweisbar ist und in seiner Höhe erheblich von dem durchschnittlichen Bedarf abweicht. Eine entsprechende Regelung im SGB II gibt es nicht.

⁶⁰ Das hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 23. November 2006 (B 11b AS 1/06 R) bestätigt.

Darüber hinaus sind erwerbsfähige Hilfebedürftige in die Sozialversicherung einbezogen. Für sie werden Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung entrichtet. Bezieher von Sozialgeld sind in der Regel in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert.

Zur Abfederung finanzieller Härten beim Übergang vom Arbeitslosengeld in die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird ein auf zwei Jahre befristeter und degressiv ausgestalteter Zuschlag gezahlt. Dieser Zuschlag berücksichtigt, dass der ehemalige Arbeitslosengeldempfänger durch häufig langjährige Erwerbstätigkeit vor dem Bezug der neuen Leistung einen Anspruch in der Arbeitslosenversicherung erworben hat.

Die Zahl der Leistungsempfänger nach SGB II lag im Jahresdurchschnitt 2005 bei 6,756 Mio. und im Jahresdurchschnitt 2007 bei 7,241 Mio. Von diesen Leistungsbeziehern erhielten 2007 5,277 Mio. Arbeitslosengeld II und 1,964 Mio. Sozialgeld. Ihr Anteil an der Bevölkerung lag 2007 bei 6,4% (Arbeitslosengeld II) bzw. 2,4% (Sozialgeld; **siehe auch Kernindikator A.14.**).

II.2.3.2 Freibeträge

Eigenes Einkommen oder Vermögen muss für den Lebensunterhalt verwendet werden. Wie im BSHG und im SGB XII bleiben bestimmte Vermögensgegenstände unberücksichtigt, beispielsweise persönlicher Hausrat, ein selbst genutztes Hausgrundstück oder ein Kraftfahrzeug. Für Vermögen, das darüber hinaus vorhanden ist, werden Freibeträge eingeräumt, die über denen der Sozialhilfe liegen:

- Ein Grundfreibetrag in Höhe von 150 Euro je vollendetem Lebensjahr des volljährigen Hilfebedürftigen und seines Partners, mindestens aber 3.100 und höchstens jeweils 9.250 Euro. Für ältere Personen (bis zum 1. Januar 1948 geboren) erhöht sich der Grundfreibetrag auf 520 Euro je vollendetem Lebensjahr und auf höchstens 33.800 Euro. Der Grundfreibetrag von 3.100 Euro gilt auch für jedes hilfebedürftige minderjährige Kind.
- Altersvorsorge in der Ansparphase in Höhe des nach Bundesrecht ausdrücklich als Altersvorsorge geförderten Vermögens einschließlich seiner Erträge und der geförderten laufenden Altersvorsorgebeiträge („Riester-Rente“). Altersvorsorgebeiträge sind ab dem Veranlagungszeitraum 2008 bis zu einer Höhe von 2.100 Euro förderfähig. Weitere geldwerte Ansprüche, die der Altersvorsorge dienen, bleiben bis 250 Euro je vollendetem Lebensjahr des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seines Partners, höchstens jedoch jeweils 16.250 Euro anrechnungsfrei.
- Ein weiterer Freibetrag für notwendige Anschaffungen in Höhe von 750 Euro für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Hilfebedürftigen.

Für Erwerbseinkommen beträgt der prozentuale Freibetrag bis zu einem Bruttoeinkommen von 800 Euro seit Oktober 2005 20% des 100 Euro übersteigenden Einkommens. Für Bruttoeinkommen zwischen 800 Euro und 1.200 Euro, bzw. bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit mindestens einem minderjährigen Kind 1.500 Euro, beträgt der zusätzliche prozentuale Freibetrag 10%. Die Verbesserungen wirken sich besonders im Einkommensbereich bis 400 Euro für die Betroffenen finanziell günstig aus. Dies könnte zu dem deutlichen Anstieg der Zahl der in Minijobs beschäftigten Hilfebedürftigen mit beigetragen haben.

II.2.4 Asylbewerber

Ende 2006 erhielten rund 194.000 Personen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), für die rund 1,14 Mrd. Euro aufgewandt wurden (**siehe auch Kernindikator A.14.**)⁶¹ Die Anzahl der Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG erhalten haben, ist seit 1997 rückläufig.

Tabelle II.8:

Empfänger/-innen und Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Deutschland

Jahr	Empfänger			Ausgaben (netto)
	Insgesamt	Männlich	Weiblich	
	in 1.000 am Jahresende			in Mrd. Euro
2000	352	204	147	1,9
2004	230	135	95	1,2
2005	211	123	88	1,2
2006	194	111	82	1,1

Quelle: Statistisches Bundesamt, Asylbewerberleistungsstatistik Zahlen gerundet.

⁶¹ Zur Inanspruchnahme von Transferleistungen durch Ausländer siehe Kapitel IX Menschen mit Migrationshintergrund, Abschnitt IX.5 Inanspruchnahme von Transferleistungen.

II.3 Überschuldung

II.3.1 Überschuldung privater Haushalte – ein Armutsrisiko

Wer arm ist, muss nicht überschuldet sein, aber Überschuldung kann zu Armut führen. Überschuldete Haushalte tauchen in der Statistik der einkommensarmen Haushalte dann nicht auf, wenn Einkommen erzielt wird, das über der Armutsrisikoschwelle liegt. Bei dem Versuch, Schulden zu tilgen, kann das tatsächlich verfügbare Einkommen aber unter die Armutsrisikoschwelle sinken.

Die Aufnahme von Krediten und damit das vorübergehende Eingehen von Schulden gehört in einer Marktwirtschaft zum normalen wirtschaftlichen Verhalten privater Haushalte. Unvorhergesehene Einkommensrückgänge (z. B. wegen Verlust einer Beschäftigung) oder finanzielle Mehrbelastungen können jedoch letztlich eine Überschuldung auslösen. In dieser Phase wird versucht, das Einkommen zu steigern, die Ausgaben zu minimieren oder die entstehenden finanziellen Löcher durch die Aufnahme weiterer Kredite auszugleichen. Scheitern diese Strategien, gerät der Haushalt mit seinen Zahlungen in Verzug. Gelingt es in dieser Phase nicht, die Zahlungsverpflichtungen durch Stundung oder Umschuldung im Rahmen zu halten, kommt es zur Kumulation von Schulden und letztendlich zur Insolvenz. Diese Situation ist mit finanziellen, aber auch psychischen und sozialen Belastungen verbunden und kann die Teilhabechancen auch in anderen Lebensbereichen einengen.

Im Blickfeld dieses Kapitels steht nicht die einzelne überschuldete Person, sondern der überschuldete private Haushalt.⁶² Das Zusammenleben in Haushalten kann stabilisieren und Räume für den Ausgleich mangelnder Liquidität schaffen, wenn Familienmitglieder sich finanziell gegenseitig unterstützen. Insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Haushaltsbetrachtung bei Analysen zur Überschuldung unverzichtbar, um die Überschuldungsprobleme in ihrem sozialen Kontext analysieren und bearbeiten zu können.

II.3.2 Entwicklung der Überschuldung

Ein Privathaushalt ist dann überschuldet, wenn Einkommen und Vermögen aller Haushaltsmitglieder über einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung des Lebensstandards nicht ausreichen, um fällige Forderungen zu begleichen.⁶³ Zur Feststellung der Entwicklung der Überschuldung in Deutschland wurde für den 3. Armuts- und Reichtumsbericht eine Studie herangezogen, die die Überschuldung privater Haushalte mit Kreditverbindlichkeiten in den Jahren 2002 bis 2006 analysiert. In dieser Studie wird die höchste Anzahl überschuldeter Haushalte für das Jahr 2003 mit

⁶² Die Datenbestände der Creditreform (Schulden-Atlas) und der SCHUFA (Schulden-Kompass) weisen personenbezogene Daten aus und waren u. a. aus diesem Grund nicht für die Analyse geeignet. Darüber hinaus verwenden die Institutionen bei der Auswertung ihrer Daten zum Teil eine andere Überschuldungsdefinition.

⁶³ Siehe auch 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2005, S. 49.

rund 2,9 Mio. überschuldeten Haushalte festgestellt. Danach sank die Zahl bis auf rund 1,6 Mio. im Jahr 2006.⁶⁴ Datengrundlage dieser Studie ist der Datenbestand des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP).⁶⁵ Zu beachten ist, dass neben der Verschuldensform mit Kreditverbindlichkeiten diverse andere Verschuldensformen (z. B. Mietschulden, Schulden bei der öffentlichen Hand, bei Energiekonzernen oder bei Versandhäusern) existieren, die hier nicht erfasst werden. Auch muss berücksichtigt werden, dass die Daten durch eine freiwillige Befragung erhoben wurden, so dass insbesondere die Situation einkommensschwacher Haushalte möglicherweise nur unzureichend abgebildet werden konnte.⁶⁶ Ein direkter Vergleich der genannten Zahlen mit der Zahl aus dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht von 3,13 Mio. überschuldeter Haushalte im Jahr 2002 kann nicht erfolgen, da sich die Datengrundlagen und Auswertungsmethoden der Studien unterscheiden (**Kernindikator A.2.**).

Der Rückgang der Überschuldung mit Kreditverbindlichkeiten korrespondiert mit einem Rückgang der Mietschulden um rund 20% von bundesweit 750 Mio. Euro im Jahr 2003 auf 595 Mio. Euro Ende 2006.⁶⁷ Darüber hinaus ist ein leicht abnehmendes Konsumentenkreditvolumen von 237 Mrd. Euro zum Jahresende 2004 auf 228 Mrd. Euro zum Jahresende 2006 zu verzeichnen.⁶⁸ Ursachen für den Rückgang sind bisher nicht belegt. Hier zeigt sich weiterer Forschungsbedarf.⁶⁹ Im Übrigen verzeichnen die Schuldnerberatungsstellen keinen Rückgang der Nachfrage ihrer Leistungen.⁷⁰

II.3.3 Ursachen und Auslöser von Überschuldung

Was im Einzelfall dazu führt, dass ein Haushalt die Überschuldungsgrenze überschreitet, lässt sich nicht pauschal bestimmen. Es sind in der Regel mehrere Ursachen und Auslöser, die in ihrem spezifischen Zusammenwirken zu Überschuldung führen.

⁶⁴ Vgl. Zimmermann, G. E.: Ermittlung der Anzahl überschuldeter Privathaushalte in Deutschland sowie weitere Kennzahlen zum Ausmaß privater Überschuldung auf der Basis der SOEP 2006, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Karlsruhe 2007, S. 19. Die im Schuldenkompass 2007 auf der Basis des SOEP ausgewiesenen 2,9 Mio. überschuldeten Haushalte beziehen sich auf Konsumenten- und/oder Hypothekarkredite. Da Hypothekarkredite eine zentrale Rolle bei der Vermögensbildung (z. B. Wohneigentum) spielen und die finanzierten Immobilien in der Regel Wertbeständigkeit aufweisen, wurde diese Kreditart in der hier verwendeten Analyse nicht mit einbezogen.

⁶⁵ Das SOEP ist eine vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung durchgeführte repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland, die jährlich bei denselben Personen und Familien durchgeführt wird und durch die sich u. a. bankmäßige Verschuldungsformen (Hypothekar sowie Konsumentenkredite) abbilden lassen.

⁶⁶ Vgl. Dokumentationen der Experten-Workshops zum Thema „Überschuldung“ im Rahmen der Erstellung des 3. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung am 11. Juni 2007 und 25. September 2007 in Berlin, veröffentlicht im Forschungsnetz des BMFSFJ, Berlin 2007.

⁶⁷ Vgl. Zimmermann, G. E. 2007, a. a. O., S. 21, mit weiteren Nachweisen.

⁶⁸ Siehe www.deutschebundesbank.de, Wirtschaftslage in Deutschland, Monatsberichte.

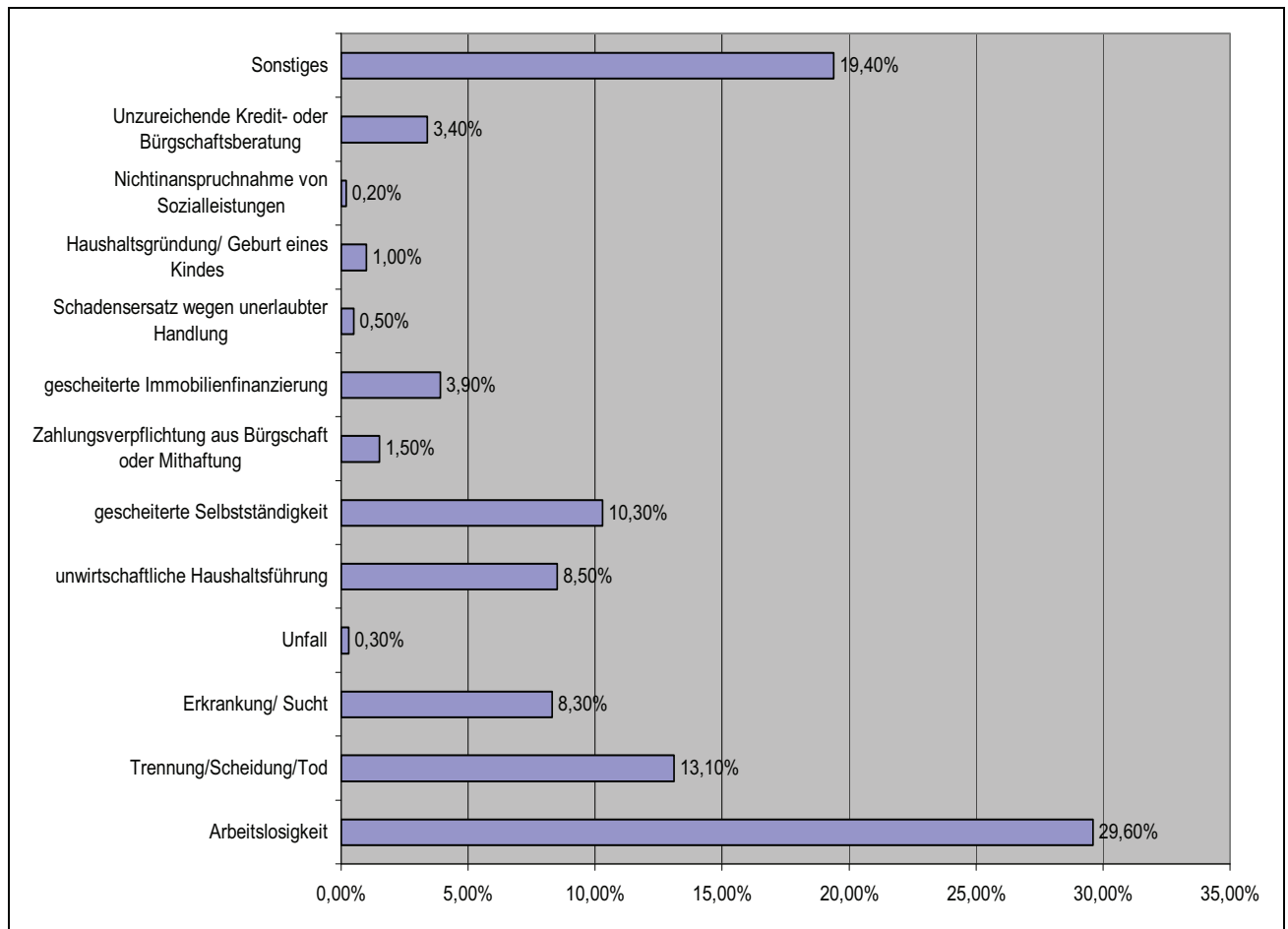
⁶⁹ Vgl. Dokumentationen der Experten-Workshops zum Thema „Überschuldung“ im Rahmen der Erstellung des Dritten Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung 2007, a. a. O.

⁷⁰ Vgl. Arbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung der Verbände: Das Arbeitsfeld Schuldnerberatung, in: Schuldenreport 2006, Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.), Berlin 2006, S. 227, 238 ff.

Nach den vom Statistischen Bundesamt erhobenen Daten zur Überschuldungsstatistik verteilen sich die Überschuldungsauslöser wie folgt:

Schaubild II.5:

Überschuldungsauslöser



Quelle: Datenbasis Überschuldungsstatistik 2007 des Statistischen Bundesamts, eigene Darstellung des BMFSFJ.

Arbeitslosigkeit, mit in der Regel deutlichen Einkommenseinbußen, ist der empirisch wichtigste Einzelüberschuldungsfaktor. Es handelt sich hier um ein kritisches Lebensereignis, das in vielen Fällen schwer vorhersehbar ist, weshalb sich der Haushalt hierauf nur schwer einstellen kann. Mit länger andauernder Arbeitslosigkeit steigt das Überschuldungsrisiko weiter an. Weitere kritische Lebensereignisse wie Unfall, Krankheit oder Trennung treffen die Haushalte in der Regel unerwartet und destabilisieren sie häufig sowohl ökonomisch wie psychosozial. Ursache, in die Überschuldung zu geraten, kann auch ein geringes Einkommen sein, das zur Aufnahme von Krediten führt, um den gewohnten Lebensstandard zu sichern.

Mangelnde finanzwirtschaftliche Kenntnisse können dazu führen, dass das Risiko der Kreditaufnahme nicht adäquat abgeschätzt werden kann, möglicherweise eine hohe Anfälligkeit ge-

genüber den aufdringlichen Werbepraktiken von unseriösen Anbietern besteht und/oder die aufgenommenen Kredite in einem Missverhältnis zum Einkommen stehen.⁷¹ Hier agieren Finanzanbieter mit aggressiver Kundenwerbung für Konsumentenkredite und versäumen es, die Kreditwürdigkeit ihrer Kreditkunden auch bei der Vergabe von Kleinstkrediten zu prüfen. Diese Praktiken sind für eine Vielzahl der Überschuldungsfälle zumindest mitursächlich.⁷²

II.3.4 Merkmale gefährdeter Personen

Die umfassendste Datenquelle mit Aussagen über die sozioökonomischen Merkmale von überschuldeten Personen ist die Überschuldungsstatistik des Statistischen Bundesamtes, deren Ergebnisse auf einer freiwilligen Teilnahme von Schuldnerberatungsstellen an der Befragung beruhen. Für das Jahr 2006 ergab sich danach folgendes Bild:⁷³

- Nahezu die Hälfte (45%) aller beratenen Personen lebt allein, wobei deutlich mehr alleinlebende Männer als Frauen überschuldet sind. Damit sind die Einpersonenhaushalte überproportional an der Überschuldung beteiligt, denn in Deutschland liegt der Anteil der Singlehaushalte bei 37,5%. Die überschuldeten Personen hatten im Durchschnitt Schulden in Höhe von knapp 37.000 Euro.
- Ein erhöhtes Risiko, in einen Überschuldungsprozess zu geraten, trifft auch Alleinerziehende und Familien. Über ein Fünftel aller einbezogenen Personen leben in einer Zweierbeziehung mit Kindern. Zusammen mit den Haushalten von Alleinerziehenden (16%), sind in 36% der Fälle Kinder von der Überschuldung und ihren Konsequenzen betroffen.
- Der Anteil der beratenen Ausländer ist mit 7%, gemessen am Anteil ausländischer Bürger an der gesamten Wohnbevölkerung Deutschlands über 18 Jahre (9%), relativ gering.⁷⁴
- 57% aller beratenen Personen hatten ein monatliches Nettoeinkommen von weniger als 900 Euro. Ein weiteres Viertel hatte Einkünfte von 900 bis 1.300 Euro/Monat. Nicht einmal 1% aller beteiligten Personen bezogen Einkünfte von mehr als 2.600 Euro. Mit niedrigen Nettoeinkommen mussten vor allem alleinstehende Frauen und Männer auskommen. Fast drei Viertel dieser Personenkreise gaben an, Nettoeinkommen von weniger als 900 Euro zu beziehen.
- Mehr als die Hälfte aller beratenen Personen war, als sie eine Schuldnerberatungsstelle aufsuchte, arbeitslos. Arbeitslosigkeit betrifft aber nicht nur ungelernte Kräfte, denn zwei Drittel aller überschuldeten Personen besaßen eine abgeschlossene Berufsausbildung oder wiesen

⁷¹ Vgl. Lechner, G., Backert, W.: Menschen in der Verbraucherinsolvenz, Expertise erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Chemnitz 2007, S. 12.

⁷² Vgl. Maltry, C.: Geschäfte mit der Armut: Kommerzielle Schuldenregulierer, in: Schuldenreport 2006 Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.), Berlin 2006, S. 291 ff.

⁷³ Vgl. Statistisches Bundesamt: Überschuldungsstatistik 2007, in: Wirtschaft und Statistik, 10/2007, Wiesbaden 2007, S. 948 ff.

⁷⁴ Da die Studie lediglich Auskunft gibt über die Klientenstruktur in Schuldnerberatungsstellen, kann aus diesem Ergebnis nicht geschlussfolgert werden, dass ausländische Mitbürger weniger überschuldet sind. Nach Einschätzung der Schuldnerberatung können auch Sprachbarrieren oder die Unkenntnis der vorhandenen Einrichtungen dazu geführt haben, dass Ausländer seltener in Beratungsstellen anzutreffen waren.

ein Studium auf. Nur bei jüngeren überschuldeten Personen unter 25 Jahren besaß lediglich ein Viertel eine abgeschlossene Berufsausbildung. Von den jungen Frauen und Männern unter 25 Jahren waren nahezu zwei Drittel arbeitslos.

II.3.5 Auswirkungen von Überschuldung auf die Betroffenen

Wenn Überschuldung nicht aus eigener Kraft überwunden werden kann, führt sie zu Verarmung. Der Verarmungsprozess wirkt sich nicht nur auf den Lebensstandard der Betroffenen aus, sondern auch auf ihren sozialen Status, ihre soziale Einbindung und ihre physische und psychische Befindlichkeit.⁷⁵ Verarmung tangiert die Entwicklung der betroffenen Kinder in den verschiedensten Bereichen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass Kinder aus Familien in Einkommensarmut im Vergleich zu Gleichaltrigen aus finanziell gesicherten Verhältnissen ein rund doppelt so hohes Risiko haben, in ihrer sprachlichen, sozialen und gesundheitlichen Entwicklung beeinträchtigt zu sein.⁷⁶

Die Ergebnisse einer am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz durchgeführten Studie zum Verhältnis von Armut, Schulden und Gesundheit zeigt die schwierigen Lebens- und Gesundheitslagen von überschuldeten Privatpersonen:⁷⁷

- Acht von zehn überschuldeten Personen der ASG-Studie geben an, krank zu sein, wobei am häufigsten psychische Erkrankungen (40,4%) genannt werden.
- Bei der Hälfte der befragten Personen haben sich Freunde und/oder Familie auf Grund der finanziellen Missslage zurückgezogen. Besonders hoch ist der Anteil der Personen mit psychischen Erkrankungen mit 58,7%, wenn sich der Kreis der Freunde und der Familie auf Grund der Schuldensituation reduziert hat.
- Die Mehrzahl der überschuldeten Privatpersonen gab an, aus Geldmangel vom Arzt verschriebene Medikamente nicht gekauft zu haben (65,2%) bzw. aufgrund der Schuldensituation einen Arztbesuch unterlassen zu haben (60,8%).
- 21,4% der Erwerbstätigen unter den befragten Personen gaben an, dass ihr Arbeitsplatz durch die Schuldensituation bedroht ist; 45,6% der Arbeitslosen nannten die Schuldensituation als Grund, schwerer Arbeit zu finden.

⁷⁵ Vgl. Oesterreich, D.: Psychische und soziale Folgen für Betroffene und ihr soziales Umfeld, Expertise für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2007, S. 2.

⁷⁶ Vgl. Holz, G.: Armut hat auch Kindergesichter, zu Umfang, Erscheinungsformen und -folgen von Armut bei Kindern in Deutschland, in: Zenz, W. M./Bäcker, K./Blum-Maurice, R. (Hrsg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland, Köln 2002, S. 31; sowie Walper, S.: Auswirkungen von Armut auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen, Expertise für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München 2004, S. 5.; Siehe hierzu ausführlich Kapitel V Familie und Kinder, Abschnitt V.3.2 Familie und Erwerbstätigkeit.

⁷⁷ Vgl. Münster, E./Letzel, S.: Überschuldung, Gesundheit und soziale Netzwerke, Expertise erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Mainz 2007, S. 7.

II.3.6 Prävention und Bewältigung von Überschuldung

Wesentliche Voraussetzungen zur Prävention auf gesellschaftlicher Ebene sind die verantwortungsbewusste Kreditvergabe durch Finanzdienstleister und rechtliche Maßnahmen zum Verbraucher- und Schuldnerschutz. Eine gute Allgemeinbildung in finanziellen Fragen und hauswirtschaftliche Kompetenzen stellen zentrale Ressourcen auf individueller Ebene dar.⁷⁸

Wenn eine Überschuldung bereits eingetreten ist, ermöglicht das seit 1999 existierende Verbraucherinsolvenzverfahren, sich nach einer Wohlverhaltensphase von den restlichen Verbindlichkeiten zu befreien, und damit einen wirtschaftlichen Neuanfang. Das vorhandene Vermögen einer zahlungsunfähigen, natürlichen Person wird verwertet und der Erlös gleichmäßig an die Gläubigerinnen und Gläubiger verteilt, wenn die Schuldnerinnen und Schuldner trotz redlichen Bemühens wirtschaftlich gescheitert sind. Bis Ende 2007 hatten über 600.000 Personen ein Restschuldbefreiungsverfahren beantragt.⁷⁹ Die Schuldnerberatung nimmt im Entschuldungsprozess ebenfalls eine Schlüsselrolle ein. Sie hilft durch konkrete Handlungsempfehlungen, eine realistische Schuldenbereinigung für Überschuldete und Gläubiger in Angriff zu nehmen. Dadurch wird die Arbeitsaufnahme für Überschuldete wieder attraktiv und die Teilhabe am sozialen und wirtschaftlichen Leben wieder möglich.

⁷⁸ Vgl. Reifner, U.: Finanzielle Allgemeinbildung als Ergänzung zur Schuldnerberatung, in: Schuldenreport 2006, Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.), Berlin 2005, S. 315 ff.

⁷⁹ Statistisches Bundesamt, Unternehmen und Arbeitsstätten/ Insolvenzverfahren Fachserie 2/Reihe 4.1, 1999-2007. Bei den Restschuldbefreiungsverfahren handelt es sich um die Summe der Verbraucherinsolvenzverfahren und Regelinsolvenzverfahren (für Personen, die selbständig sind oder selbständig waren) natürlicher Personen mit dem Ziel einer Restschuldbefreiung.

II.4 Zusammenfassung: Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung

Die Markteinkommen sind in ihrer Entwicklung und Verteilung bis einschließlich 2005 durch die schwache konjunkturelle Entwicklung und die damit einhergehende schlechte Arbeitsmarktsituation geprägt. Der konjunkturelle Aufschwung seit 2006 kann durch die aktuell verfügbaren Daten zur Einkommensverteilung noch nicht abgebildet werden, da nur Daten aus dem Jahr 2005 (EU-SILC und SOEP 2006) vorliegen.

Die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer gingen real zwischen 2002 und 2005 von durchschnittlich 24.873 Euro auf 23.684 Euro um 4,8% zurück. Dabei nahm die Ungleichheit in der Verteilung zu. Diese Tendenz spiegelt sich auch in der Zunahme des Niedriglohnbereichs wider. Auch bezogen auf vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer zeigt sich diese Tendenz: Während im Jahr 2002 8,8% der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer im Niedriglohnbereich tätig waren, waren es 2005 bereits 9,3%.

Die Ungleichheit der Markteinkommen wird auf der Haushaltsebene durch das Steuer- und Transfersystems in Form von Sozialhilfe-, Grundsicherungs- oder Familienleistungen sowie die progressive Einkommensteuererhebung deutlich reduziert. So tragen die obersten 10% der Einkommensteuerpflichtigen zu über 52% des gesamten Einkommensteueraufkommens bei, die untersten 50% zu knapp über 6%. Die progressiv ausgestalteten Einkommensteuertarife dämpfen die Ungleichheit der Bruttoeinkommen. Betrachtet man die Wirkung der Steuern auf die Einkommensverteilung, so schwächt die regressive Wirkung der Verbrauchsteuern (etwa Mehrwertsteuer, Mineralöl- und Kraftfahrzeugsteuer) die progressive Wirkung der Einkommensteuer insgesamt ab.

Vergleicht man die Einkommensungleichheit nach Transfers innerhalb der OECD, nimmt Deutschland eine durchschnittliche Position ein. Allerdings gehört Deutschland zu den OECD-Staaten, in denen die Ungleichheit der Markteinkommen mit am stärksten durch Steuern und Sozialtransfers reduziert wird. Das Ausmaß der monetären sozialstaatlichen Umverteilung hat in den letzten Jahren bis 2005 leicht abgenommen. Gemessen am Gini-Koeffizienten ist die Ungleichheit der Nettoäquivalenzeinkommen um 39% niedriger als die Ungleichheit der entsprechenden Markteinkommen.

Das Risiko, in Deutschland einkommensarm zu sein, lag der amtlichen Erhebung LEBEN IN EUROPA zufolge im Jahr 2005 in Deutschland vor Sozialtransfers bei 26%. Nach Sozialtransfers betrug es noch 13% und war damit im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich. Damit gehört Deutschland neben den skandinavischen Staaten zu den Ländern mit hoher Wirkung der Sozialtransfers auf die Armutsrisikoquote. Zu den besonders gefährdeten Gruppen zählen Arbeitslose (43%), Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung (19%) und Alleinerziehende (24%). Das Armutsrisiko ist in Ostdeutschland (15%) höher als in Westdeutschland (12%).

Reichtum wird nach den Meinungen der Bürger nicht nur mit finanziellen Potenzialen in Zusammenhang gebracht, sondern auch mit Gesundheit und Bildungschancen. Ein großer Teil der Bevölkerung ist der Auffassung, dass man nur dann reich wird, wenn man über gute Beziehungen und Ausgangsbedingungen verfügt. Die Auswertung empirischer Studien der jüngsten Zeit bestätigen, dass die soziale Herkunft auch bei gleicher Qualifikation erheblichen Einfluß etwa auf die Auswahl eines Kandidaten für eine Führungsposition hat. Mehr als die Hälfte der Befragten nennen harte Arbeit als Ursache für Reichtum.

Während Einkommensarmut ganz überwiegend auch mit Vermögensarmut verbunden ist, zeigt sich erst durch die gemeinsame Betrachtung von Einkommen und Vermögen ein umfassendes

Bild finanziellen Reichtums. Bei dieser Betrachtung werden die aktuellen Vermögensbestände durch Verrentung in regelmäßige Einkünfte umgewandelt und dem vorhandenen Einkommen zugeschlagen. Definiert man relativen Reichtum als Verfügung über ein Nettoäquivalenzeinkommen, das mindestens doppelt so hoch ist wie das mittlere Einkommen (damit rund 3.300 Euro/Monat), so sind 6,4% der Gesamtbevölkerung reich in der einfachen Einkommensverteilung gegenüber 8,8% in der umfassenderen integrierten Einkommens- und Vermögensperspektive. Die stärksten Änderungen bei der integrierten Betrachtung von Einkommen und Vermögen ergeben sich für Rentner und Pensionäre, was auch daran liegt, dass sie naturgemäß mehr Zeit zum Vermögensaufbau hatten und ihre Restlebenserwartung geringer ist, die der rechnerischen Verrentung der Vermögensbestände im Rahmen der hier durchgeführten Analyse zugrunde gelegt wurde.

Während die Trendaussagen zur zukünftigen Vermögenssituation Älterer insgesamt sehr positiv sind, sind niedrige Alterseinkommen bei den Personengruppen absehbar, die längere Phasen selbständiger Tätigkeit, geringfügiger Beschäftigung und von Arbeitslosigkeit in ihren Erwerbsbiografien aufweisen.

Mindestsicherung

Bis Ende 2004 bildeten im Wesentlichen die Sozialhilfe, die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, das Asylbewerberleistungsgesetz sowie die Arbeitslosenhilfe das finanzielle Auffangnetz für bedürftige Personen. Der überwiegende Teil der bedürftigen Erwerbsfähigen erhielt bis Ende 2004 entweder nur Leistungen der Arbeitslosenhilfe (2,3 Mio.) und ergänzend oder ausschließlich Leistungen der Sozialhilfe (2,9 Mio.) Um dieses Neben- und zum Teil auch Gegeneinander zweier Fürsorgeleistungen durch Leistungen aus einer Hand für einen vergleichbaren Personenkreis zu ersetzen, wurde mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt und dem Kommunalen Optionsgesetz ein einheitliches System für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe und die erwerbsfähigen Sozialhilfeempfänger geschaffen – das SGB II. Damit war die Erwartung verbunden, durch ein konsequentes Fördern und Fordern die Arbeitslosigkeit als eine wesentliche Voraussetzung von Armut und Ausgrenzung effektiver und effizienter abbauen zu können.

Parallel dazu wurde auch das Sozialhilferecht reformiert und als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert (SGB XII). Im Regelsatz sind nun bis auf wenige Ausnahmen auch die bisherigen einmaligen Leistungen enthalten. Das führt zu Verwaltungsvereinfachungen und der Realisierung bestehender Ansprüche insbesondere durch Personen, die diese Ansprüche bis dahin nicht kannten oder aus Scham nicht geltend machten. Durch die Pauschalierung haben die Leistungsberechtigten die Möglichkeit, die Hilfe nach ihren Bedürfnissen zu verwenden, aber auch die Pflicht, für besondere Anschaffungen zu sparen. Damit werden Eigenverantwortung und Dispositionsfreiheit der Leistungsempfänger gestärkt.

Die Regelsätze der Sozialhilfe bilden zugleich das Referenzsystem für steuerfinanzierte Leistungen, insbesondere die Regelleistungen nach dem SGB II. Auf Grundlage der Ergebnisse der EVS 2003 basiert die Regelsatzbemessung seit 2007 erstmals auf einer gesamtdeutschen Verbrauchsstruktur. Zum 1. Juli 2007 wurden die Regelsätze entsprechend der Rentenanpassung 2007 fortgeschrieben. Der Eckregelsatz wurde daraufhin in allen Bundesländern auf 347 Euro festgesetzt.

Am 31. Dezember 2006 bezogen insgesamt rund 682.000 Personen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Fast die Hälfte der Bezieher/-innen (rund 311.000 Personen) war voll erwerbsgemindert und im Alter von 18 bis 64 Jahren. Lag die Gesamtzahl bei Einführung des Gesetzes im Jahr 2003 noch bei rund 439.000 Personen, so entspricht der Anstieg den Erwartungen und ist insbesondere auf die Aufdeckung verschämter Altersarmut und den Wegfall der Unterhaltsvermutung bei Eltern von erwerbsgeminderten Erwachsenen zurück zu führen.

Erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II erhalten ebenfalls Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, insbesondere Kinder unter 15 Jahren, die mit einem Empfänger von Arbeitslosengeld II in einer Bedarfsgemeinschaft zusammenleben, bekommen Sozialgeld. Dabei bleiben bestimmte Vermögensgegenstände unberücksichtigt. Für Vermögen, das darüber hinaus vorhanden ist, werden Freibeträge eingeräumt, die mit dem Lebensalter steigen. Dies gilt insbesondere für Altersvorsorgevermögen. Zur Abfederung finanzieller Härten beim Übergang vom Arbeitslosengeld I in die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird ein auf zwei Jahre befristeter und degressiv ausgestalteter Zuschlag gezahlt.

Überschuldung

Wer arm ist, muss nicht überschuldet sein, aber Überschuldung kann zur Armut führen. Bei dem Versuch, die Schulden aus einem oft niedrigen Nettoeinkommen zu tilgen, kann sogar weniger verfügbares Einkommen als die Armutsrisikoschwelle verbleiben. Ein Privathaushalt ist dann überschuldet, wenn Einkommen und Vermögen aller Haushaltsmitglieder über einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung des Lebensstandards nicht ausreichen, um fällige Forderungen zu begleichen.

Die höchste Zahl privater überschuldeter Haushalte mit Kreditverbindlichkeiten wurde von einer Studie auf Basis des SOEP für das Jahr 2003 mit rund 2,9 Mio. festgestellt. Ursachen für den Rückgang bis auf rund 1,6 Mio. im Jahr 2006 sind bisher nicht belegt. Zu beachten ist, dass neben der Verschuldensform mit Kreditverbindlichkeiten diverse andere existieren (z. B. Mietschulden, Schulden bei der öffentlichen Hand, bei Energiekonzernen oder bei Versandhäusern), die hier nicht erfasst wurden. Im Übrigen verzeichnen die Schuldnerberatungsstellen keinen Rückgang der Nachfrage ihrer Leistungen.

Was im Einzelfall dazu führt, dass ein Haushalt die Überschuldungsgrenze überschreitet, lässt sich nicht pauschal bestimmen. Arbeitslosigkeit, in der Regel mit drastischen Einkommenseinbußen verbunden, ist neben Trennung und gescheiterter Selbständigkeit der empirisch wichtigste Einzelüberschuldungsfaktor. Mangelnde finanzwirtschaftliche Kenntnisse können dazu führen, dass das Risiko der Kreditaufnahme nicht adäquat abgeschätzt werden kann, möglicherweise eine hohe Anfälligkeit gegenüber den aufdringlichen Werbepraktiken von unseriösen Anbietern besteht und/oder die aufgenommenen Kredite in einem Missverhältnis zum Einkommen stehen.

Anhand der Überschuldungsstatistik des Statistischen Bundesamtes konnte ermittelt werden, dass nahezu die Hälfte (45%) aller in den befragten Schuldnerberatungen beratenen Personen allein lebt, wobei deutlich mehr alleinlebende Männer als Frauen überschuldet sind. In 36% der Fälle sind Kinder von der Überschuldung und ihren Konsequenzen betroffen. Bei beratenen Personen unter 25 Jahren besaß lediglich ein Viertel eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Der Verarmungsprozess hat Folgen nicht nur für den Lebensstandard der Betroffenen, sondern auch für ihren sozialen Status, ihre soziale Einbindung und ihre physische und psychische Befindlichkeit. Bei der Hälfte der befragten Personen haben sich Freunde und/oder Familie auf Grund der finanziellen Misslage zurückgezogen und viele Betroffene leiden unter psychischen Erkrankungen.

Seit Einführung der Verbraucherinsolvenz 1999 hatten bis Ende 2007 über 600.000 Personen ein Restschuldbefreiungsverfahren beantragt. Auch die Schuldnerberatung nimmt im Entschuldungsprozess eine Schlüsselrolle ein.

III. Bildungschancen

Bildung ist nicht nur eine wichtige Voraussetzung, um Zugang zum Arbeitsmarkt zu erhalten. Indem sie die individuellen Potenziale stärkt und erweitert, ist sie ein Schlüssel für kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe.

Dieses Kapitel basiert nicht auf eigens hierfür durchgeführten Erhebungen.⁸⁰ Vielmehr wird auf eine Sonderauswertung regelmäßig durchgeführter Statistiken und Surveys zurückgegriffen.⁸¹ Dabei orientiert sich die Analyse vorrangig an formalen Abschlüssen. Für andere Möglichkeiten der Erfolgsmessung – beispielsweise die tatsächlich erworbenen Kompetenzen – fehlt derzeit für die meisten Bildungsbereiche eine ausreichende Datenbasis. Eine differenzierte Darstellung, die beispielsweise Potenziale sichtbar macht, die noch besser ausgeschöpft werden könnten, ist mit einer solchen abschlussbezogenen Indikatorisierung nicht möglich. Neben den Indikatoren zu Bildungsabschlüssen und Bildungsfinanzierung werden in diesem Kapitel die Zusammenhänge zwischen Qualifikation und Erwerbsbeteiligung sowie zwischen sozioökonomischem Hintergrund und Bildungsbeteiligung dargestellt.

III.1 Junge Menschen ohne Abschluss der Sekundarstufe II

Der erste nationale Bildungsbericht belegte im Jahr 2006, dass das Bildungsniveau der gesamten Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen ist. Im Kohortenvergleich zeigt sich, dass jüngere Altersgruppen höhere Bildungsabschlüsse als ältere haben, wobei sich das Bildungsniveau von Frauen und Männern angeglichen hat.⁸² Allerdings gibt es eine beträchtliche und vergleichsweise konstante Anzahl von Personen, die über geringe formale Qualifikationen verfügen. Die folgenden Indikatoren zu den so genannten frühen Schulabgängern erlauben eine differenzierte Darstellung dieser Personengruppe.

⁸⁰ Dieses Kapitel basiert auf einer Studie, die im Auftrag des BMBF von Dieter Dohmen, Gernot Weißhuhn und Jörn Große-Rövekamp erstellt wurde. Die Darstellung der Indikatoren auf Basis des Mikrozensus sowie die entsprechenden Sonderauswertungen erfolgten durch das Statistische Bundesamt.

⁸¹ Da Auswertungen und Analysen von Mikrozensus-Daten der Jahre 1996 und 2006 ein wesentlicher Bestandteil des Bildungskapitels sind, sind Hinweise auf Veränderungen der Erhebung für die Interpretation der Ergebnisse erforderlich, siehe hierzu ausführlich die Einleitung zu den Anhangtabellen A.III. dieses Kapitels.

⁸² Vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung: Bildung in Deutschland, Bielefeld 2006, S. 29.

Frühe Schulabgänger

Frühe Schulabgänger sind junge Menschen zwischen 18 und 24 Jahren, die gegenwärtig keine Schule oder Hochschule besuchen und sich auch an keiner Weiterbildungsmaßnahme beteiligen und nicht über einen Abschluss des Sekundarbereichs II verfügen. Ein Abschluss der Sekundarstufe II kann in Deutschland sowohl über einen allgemeinen Schulabschluss (Fachhochschulreife, Hochschulreife) als auch über einen beruflichen Bildungsabschluss erworben werden (Abschluss des dualen Systems, berufsqualifizierender Abschluss der Berufsfachschule, einjährige Schule des Gesundheitswesens). Der Indikator wird regelmäßig in den Fortschrittsberichten der EU-Kommission zur Lissabon-Strategie sowie auch als Strukturindikator veröffentlicht.

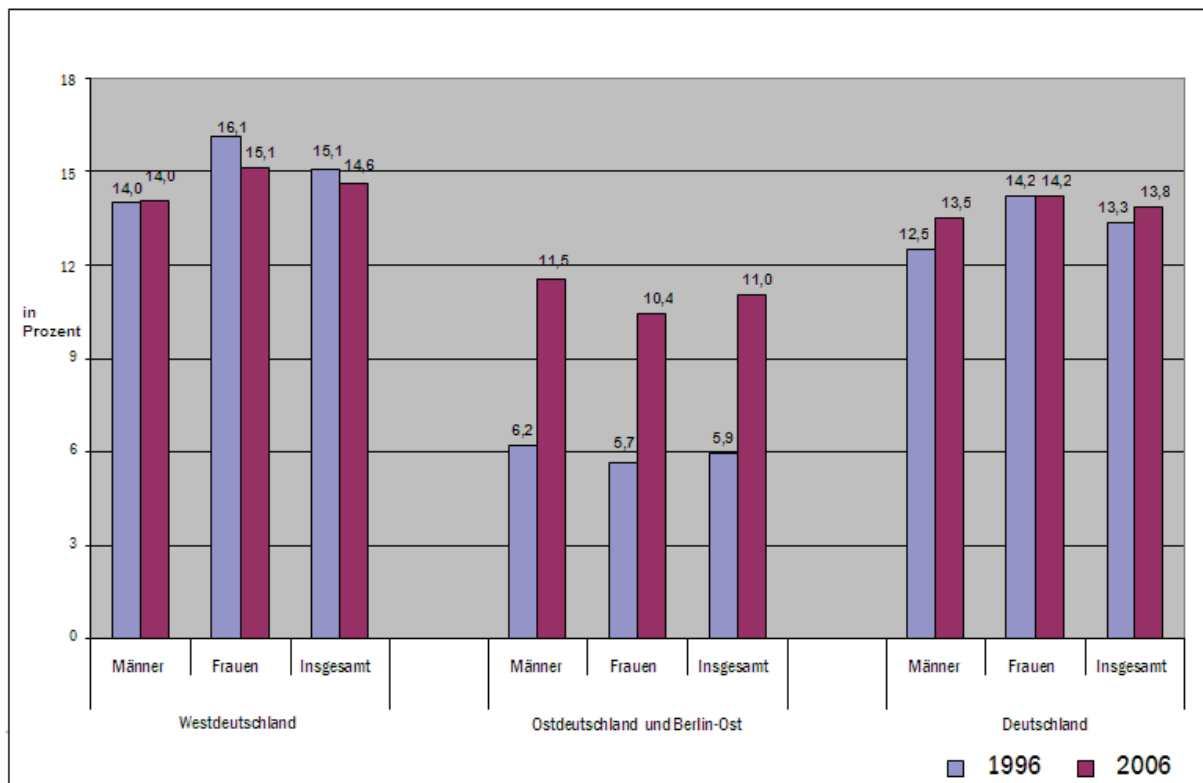
Der Begriff der so definierten „frühen Schulabgänger“ im Alter von 18 bis 24 Jahren ist nicht mit **Schulabbrechern** zu verwechseln, die die Schule ohne Abschluss verlassen. Er grenzt Personen über ihr Alter, den erlangten Bildungsstand und die aktuelle Bildungsbeteiligung ab. Das bedeutet, dass auch junge Menschen, die beispielsweise die Haupt- oder Realschule erfolgreich abgeschlossen haben, anschließend aber nicht die Hochschulreife bzw. keinen beruflichen Abschluss erlangt haben, sich aber nicht mehr im Bildungsprozess befinden, als frühe Schulabgänger gezählt werden. Bildungsbeteiligung umfasst hier sowohl den Besuch von allgemeinbildenden und beruflichen Schulen sowie Hochschulen als auch die Teilnahme an Lehrveranstaltungen der allgemeinen oder beruflichen Weiterbildung in Form von Kursen, Seminaren, Tagungen oder Privatunterricht.

Von der Europäischen Union wird das Erreichen eines Abschlusses des Sekundarbereichs II als notwendige Mindestqualifikation für eine erfolgreiche Teilhabe in modernen Wissensgesellschaften und aussichtsreiche Chancen am Arbeitsmarkt angesehen. Der Anteil der frühen Schulabgänger ist deshalb eine von fünf Benchmarks, die 2003 vom Rat der EU verabschiedet wurden. Die Mitgliedstaaten haben sich das europaweite Ziel gesetzt, bis 2010 den durchschnittlichen Anteil der frühen Schulabgänger auf höchstens 10% zu senken.

Auch wenn Deutschland im Jahr 2006 mit einem Anteil von 13,8% früher Schulabgänger deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 15,3% lag, erfüllt es das europäische Ziel derzeit noch nicht. Während die Quote bei den Frauen mit 14,2% gegenüber 1996 unverändert ist, stieg sie bei den Männern im gleichen Zeitraum um einen Prozentpunkt von 12,5% auf 13,5% an (vgl. **Schaubild III.1** sowie **Anhangtabellen A.III.1 und A.III.2**).

Schaubild III.1:

Frühe Schulabgänger¹⁾ 1996 und 2006



- 1) Junge Menschen zwischen 18 und 24 Jahren, die gegenwärtig keine Schule oder Hochschule besuchen und sich auch an keiner Weiterbildungsmaßnahme beteiligen und nicht über einen Abschluss des Sekundarbereichs II verfügen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

Zwischen Westdeutschland und Ostdeutschland zeigen sich sowohl in der Größenordnung als auch in der Entwicklung deutliche Unterschiede. In Westdeutschland war ein leichter Rückgang zu beobachten (von 15,1% im Jahr 1996 auf 14,6% in 2006). In Ostdeutschland stieg der Anteil junger Menschen ohne Abschluss der Sekundarstufe II um gut fünf Prozentpunkte an: von dem niedrigen Wert von 5,9% (weit unterhalb der EU-Benchmark) auf 11,0% (1 Prozentpunkt über der EU-Benchmark).

III.1.1 Junge Menschen mit Abschluss der Sekundarstufe I

Die dargestellte Gruppe der frühen Schulabgänger besteht aus zwei Teilgruppen. Die größere Gruppe (gut 80% im Jahr 2006) sind 18- bis 24-Jährige, die zwar (noch) keinen Abschluss des Sekundarbereichs II, aber zumindest einen Abschluss des Sekundarbereichs I haben (Hauptschul- oder Realschulabschluss oder ein Berufsvorbereitungsjahr **siehe Kasten**). Das heißt, bei dieser Gruppe ist die Voraussetzung dafür vorhanden, einen Sekundar II-Abschluss (Abitur oder ein beruflicher Abschluss im dualen System oder an einer Berufsfachschule) nachzuholen, auch wenn sie sich gegenwärtig nicht in Bildung befinden. Ihr Anteil ist 2006 gegenüber 1996

insgesamt unverändert geblieben (11,4% gegenüber 11,3%). Während der Wert für die jungen Frauen leicht rückläufig ist, ist für die gleichaltrigen Männer ein leichter Anstieg festzustellen.

Differenziert nach Westdeutschland und Ostdeutschland zeigt sich, dass in Ostdeutschland dieser Anteil zwischen 1996 und 2006 um gut vier Prozentpunkte stark angestiegen ist, jedoch mit 9,6% weiterhin unter dem Wert in Westdeutschland von 11,8% liegt.

III.1.2 Junge Menschen ohne allgemeinen und beruflichen Abschluss

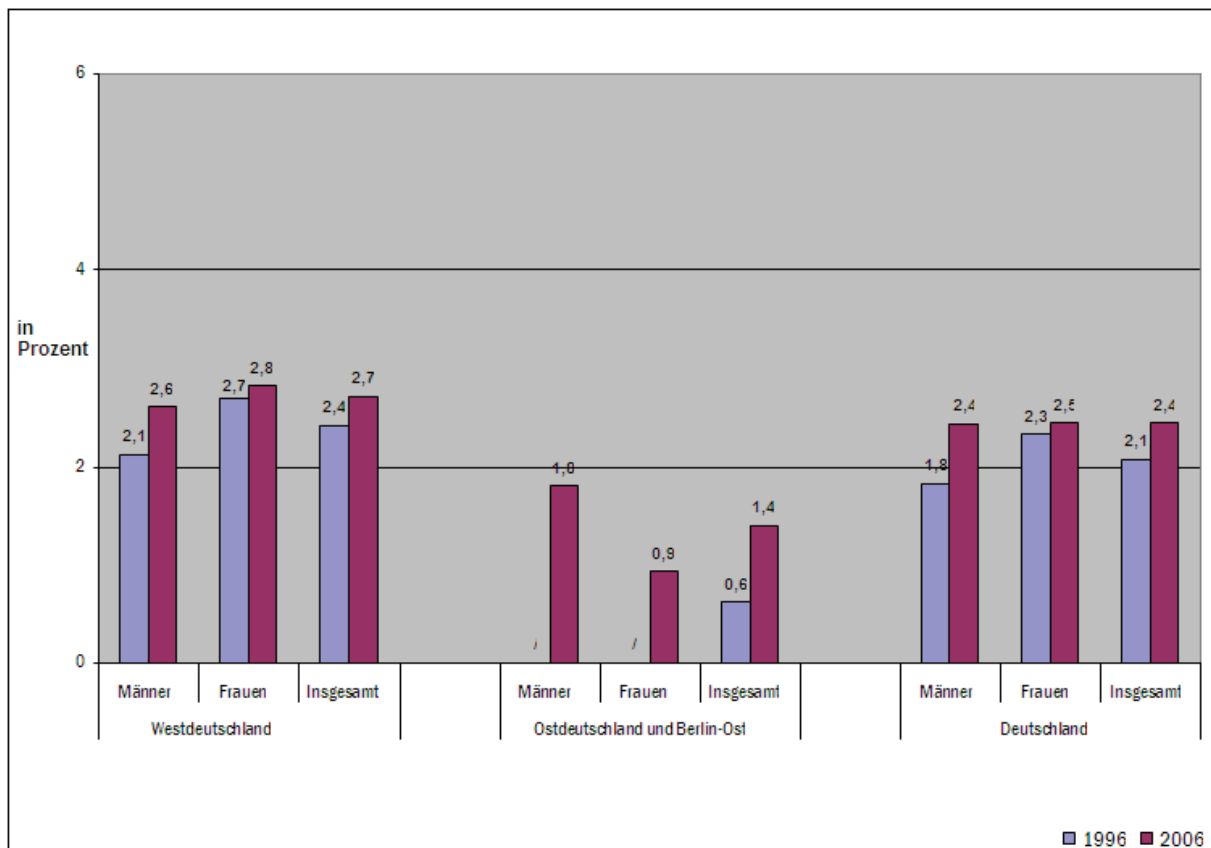
Die Mehrzahl der Jugendlichen, die die Schule ohne Abschluss verlassen (so genannte Schulabbrecher: 7,9% im Jahr 2006⁸³) ergreifen später mit Erfolg eine „zweite Chance“ und nutzen die Möglichkeiten der Nachqualifizierung, um einmal versäumte Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse nachzuholen. Dennoch hat eine wachsende Teilgruppe der 18 bis 24-Jährigen noch nicht einmal einen Abschluss des Sekundarbereichs I, also keinerlei allgemeinbildenden und auch keinen beruflichen Abschluss (2006: 2,4%).

Verglichen mit 1996 ist dieser Anteil leicht angestiegen (um 0,3 Prozentpunkte). Bei den Frauen fällt der Anstieg des Anteils mit 0,2 Prozentpunkten geringer aus als bei den Männern (0,6 Prozentpunkte) (vgl. **Schaubild III.2** sowie **Anhangtabelle A.III.4**). Damit zählte im Jahr 2006 mehr als jeder Fünfte ohne Abschluss des Sekundarbereichs II zu dieser auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt extrem gefährdeten Gruppe.

⁸³ Anteil der Abgänger von allgemein bildenden Schulen ohne Hauptschulabschluss in Bezug zum Jahrgangsdurchschnitt der 15- bis unter 17-jährigen Bevölkerung; Quelle: Statistisches Bundesamt.

Schaubild III.2:

Anteil der 18 bis 24-Jährigen ohne Bildungsabschluss¹⁾ 1996 und 2006



- 1) Junge Menschen zwischen 18 und 24 Jahren, die gegenwärtig keine Schule oder Hochschule besuchen und sich auch an keiner Weiterbildungsmaßnahme beteiligen und weder über einen allgemeinen Schulabschluss noch über einen beruflichen Bildungsabschluss verfügen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

Insgesamt zeigt sich im Zeitvergleich von 1996 bis 2006 bei allen bisher betrachteten Indikatoren eine deutliche Zunahme der Anteile der „Risikogruppen“ in Ostdeutschland, so dass tendenziell eine Annäherung an die Verhältnisse in Westdeutschland festzustellen ist. Die Abwanderung qualifizierter Jugendlicher und so genannter bildungsnaher Familien wird allgemein als eine Ursache für diese Entwicklung gesehen.

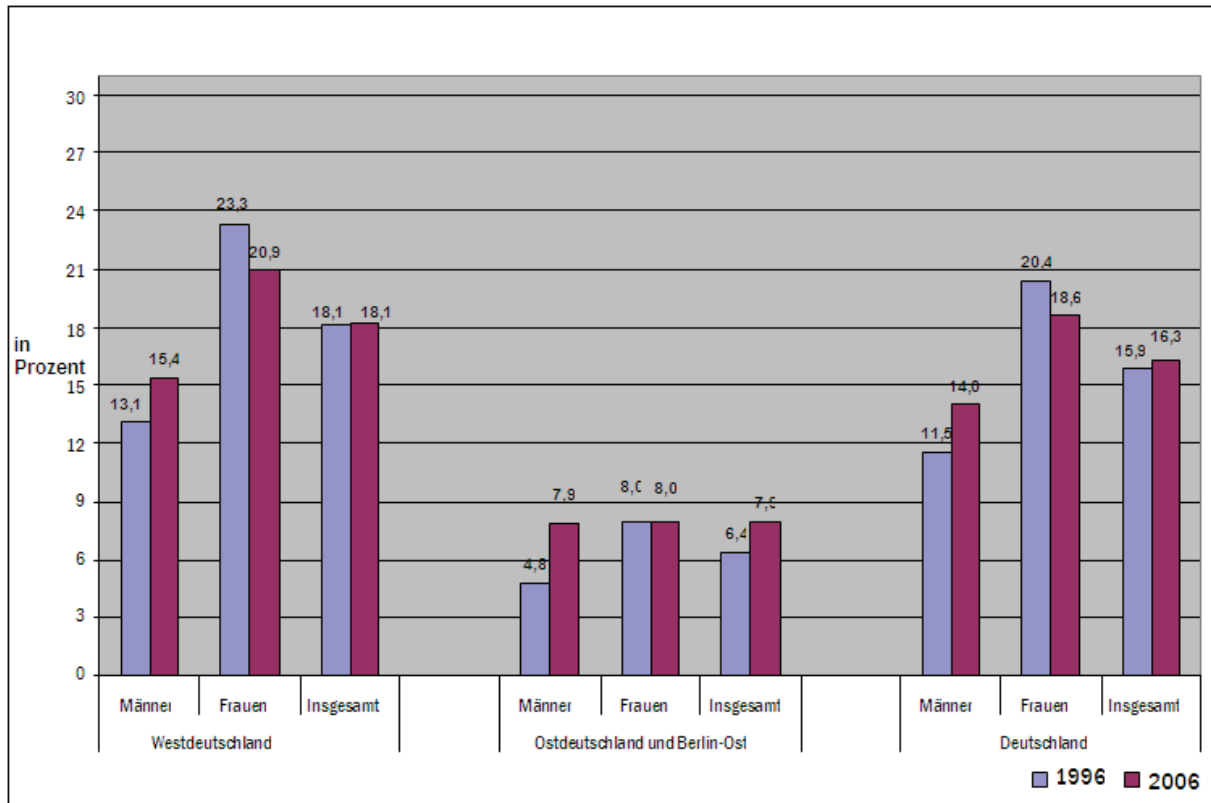
III.2 Personen ohne beruflichen Abschluss bzw. Hochschulabschluss insgesamt

Ein berufsqualifizierender Abschluss hat großen Einfluss auf die Chance erwerbstätig zu sein und auf die Höhe des Einkommens. Der hier dargestellte Indikator umfasst alle Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die weder im Sekundarbereich II noch im Tertiärbereich einen berufsqualifizierenden Abschluss erworben haben und gegenwärtig keine Schule oder Hochschule besuchen. Während bei den Frauen der Anteil dieser Personengruppe gesunken ist und im Jahr 2006 18,6% gegenüber 20,4% im Jahr 1996 beträgt, liegt der entsprechende Wert für

die Männer 2006 um 2,5 Prozentpunkte höher als 1996 (14,0% gegenüber 11,5%). Trotz der positiven Entwicklung bei den Frauen sind immer noch mehr Frauen als Männer ohne beruflichen Abschluss bzw. Hochschulabschluss (vgl. **Schaubild III.3** und **Anhangtabelle A.III.5**).

Schaubild III.3:

Anteil der Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren ohne beruflichen Bildungsabschluss/Hochschulabschluss¹⁾ 1996 und 2006



1) Personen, die gegenwärtig keine Schule oder Hochschule besuchen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

In Westdeutschland blieb der Anteil der Personen ohne beruflichen Abschluss mit 18,1% konstant, wobei sich der Anteil der Männer erhöhte und der der Frauen erfreulich deutlich um 2,4 Prozentpunkte verringerte. Insgesamt ist der Anteil der Personen ohne Berufsausbildung in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland, wo sich im Zeitraum 1996 bis 2006 der Anteil der Personen ohne beruflichen Abschluss von 6,4% auf 7,9% erhöht hat.

Kohortenvergleich

Veränderungen in der Bildungsbeteiligung und im Bildungserfolg spiegeln sich zeitversetzt im Bildungsstand der Alterskohorten wider. Hervorzuheben ist, dass zwischen den Vergleichsjahren 1996 und 2006 insbesondere bei den Frauen in allen Altersgruppen ab 35 Jahren in West-

deutschland der Anteil ohne abgeschlossene Berufsausbildung rückläufig ist (vgl. **Anhangtabelle A.III.6**). Am deutlichsten ist dies bei der Gruppe der 60 bis unter 65-Jährigen. Während damit 1996 noch fast jede zweite Frau in dieser Altersgruppe ohne beruflichen Abschluss war, traf dies 2006 nur noch auf etwa jede dritte zu.

Bei den jüngeren Kohorten ist ein Anstieg des Anteils der Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung zu konstatieren. So ist der Anteil der 25- bis unter 30- bzw. 30- bis unter 35-jährigen Männer ohne Berufsausbildung in Westdeutschland von 12,2% bzw. 12,6% im Jahr 1996 auf 17,6% bzw. 17,3% im Jahr 2006 gestiegen; bei den Frauen in diesen zwei Altersgruppen fiel der Anstieg von 16,4% bzw. 18,0% auf 19,0% bzw. 20,0% etwas geringer aus. In Ostdeutschland sind die Werte bei den jüngeren Altersgruppen in beträchtlichem Ausmaß gestiegen. Bei den Männern betragen sie ausgehend von einem sehr niedrigen Anteil 1996 jetzt 8,9% (30 bis unter 35 Jahre), 11,9% (25 bis unter 30 Jahre) und 14,7% (20 bis unter 25 Jahre), bei den Frauen 8,3% (30 bis unter 35 Jahre), 10,4% (25 bis unter 30 Jahre) und 11,5% (20 bis unter 25 Jahre). Mit gut drei Prozentpunkten ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen bei den 20- bis unter 25-Jährigen besonders groß.

Betrachtet man die Phase der beruflichen Ausbildung bzw. der Hochschulausbildung im Alter von 35 Jahren als abgeschlossen, so bleiben etwa 15% der Bevölkerung dauerhaft ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung.

III.3 Personen mit Hochschulabschluss

Der Trend zu höheren Bildungsabschlüssen zeigt sich im gestiegenen Anteil der hochqualifizierten Personen im Erwerbsalter. In den vergangenen zehn Jahren ist der Anteil an Hochschulabsolventen/-absolventinnen an der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in Deutschland von 10,3% (1996) auf 12,6% (2006) gestiegen. In Westdeutschland erhöhte sich der Anteil bei den Männern von 12,6% (1996) auf 14,7% (2006), derjenige der Frauen von 7,5% auf 10,6%. In Ostdeutschland verzeichneten die Frauen zwar auch einen Anstieg von 9,0% auf 11,4%, der entsprechende Wert für die Männer ist mit 13,1% dagegen nahezu konstant geblieben. Allerdings war das Ausgangsniveau in Ostdeutschland 1996 etwas höher als in Westdeutschland.

Bei den 30- bis unter 35-jährigen bis hin zu den 60- bis unter 65-jährigen Männern in Westdeutschland ist der Anteil mit Hochschulabschluss mit Werten zwischen 18% und 20% in etwa konstant (**Kernindikator R.3.**). Bei den Frauen steigen die Anteile im Vergleich zur jüngeren Kohorte deutlich von 7,7% (60 bis unter 65 Jahre) bis auf 16,8% (30 bis unter 35 Jahre) an. In Ostdeutschland haben die Frauen nicht nur wie bereits vor zehn Jahren in der Altersgruppe der

25- bis unter 30-Jährigen, sondern erstmals 2006 auch bei den 30- bis unter 35-Jährigen die gleichaltrigen Männer beim Anteil an Hochschulabsolventen überholt.

III.4 Bevölkerung nach Erwerbsstatus und beruflichem Abschluss

Die Zahlen bestätigen, dass die Erwerbsbeteiligung umso größer ist, je höher das Niveau der beruflichen Qualifikation ist. Ferner sind Männer häufiger erwerbstätig als Frauen. Am höchsten ist die Erwerbstätigenquote (hier bezogen auf die 25- bis 64-Jährigen) für Personen mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss. 1996 betrugen die entsprechenden Werte 83,6% und 85,2%, 2006 waren jeweils 85,2% erwerbstätig. Bei Personen ohne beruflichen Abschluss lag die Erwerbstätigenquote 1996 bei 45,2% (Männer: 58,3%, Frauen: 37,5%). 2006 betrug sie 53,5% (Männer: 63,1%, Frauen: 46,3%) und lässt eine deutliche gestiegene Erwerbstätigkeit der Frauen erkennen (vgl. **Anhangtabelle A.III.6**).

Je höher das Qualifikationsniveau, desto niedriger ist der Anteil der Erwerbslosen (Anteil der Arbeitslosen hier gemessen an der Bevölkerung). Während zwischen 1996 und 2006 bei den Fachhochschulabsolventen der Anteil dieser Personen von 4,7% auf 4,2% sank und er bei den Hochschulabsolventen unverändert bei 4,0% lag, stieg er im gleichen Zeitraum bei Personen ohne beruflichen Abschluss von 7,9% auf 12,2% an.⁸⁴ Diese deutliche Steigerung innerhalb eines Jahrzehnts zeigt, dass es für Geringqualifizierte immer schwieriger wird, Beschäftigung zu finden.

Bei den Männern änderte sich zwischen 1996 und 2006 der Erwerbsstatus nach beruflicher Qualifikation kaum. Eine Ausnahme sind die Un- bzw. Geringqualifizierten (Anlernausbildung, berufliches Praktikum) – hier ist der Anteil der Erwerbslosen 2006 erheblich höher. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen liegt dagegen im Zehnjahresvergleich für nahezu alle Qualifikationsniveaus (teilweise deutlich) höher. Am geringsten ist der Anstieg bei den Frauen mit Hochschulabschluss, wo das Niveau bereits 1996 sehr hoch war. Der erste nationale Bildungsbericht macht in diesem Kontext auf mögliche fachspezifische Nachwuchsprobleme, insbesondere in den Ingenieur- und Naturwissenschaften, aufmerksam. Frauen sind in den entsprechenden Studiengängen nach wie vor unterrepräsentiert.⁸⁵ Der nationale Bildungsbericht belegt auch, dass die Hochschulabsolventen/-absolventinnen in der Regel keine Probleme haben, eine ausbildungsadäquate Erwerbstätigkeit aufzunehmen.⁸⁶

⁸⁴ Betrachtet wird hier die „Verwendung“ von Bildungsabschlüssen. Daher sind die Erwerbslosenquoten hier definiert als Anteil der Erwerbslosen an der Bevölkerung und nicht - wie in der deutschen Arbeitsmarktstatistik üblich - als Anteil an den Erwerbspersonen. Dies ermöglicht insbesondere eine gemeinsame Betrachtung von Nichterwerbspersonen und Erwerbslosen.

⁸⁵ Vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung, 2006, a. a. O., S. 119.

⁸⁶ Vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung, 2006, a. a. O., S. 117 ff.

III.5 Bildungserfolg, Bildungsbeteiligung und sozioökonomischer Hintergrund

Die im Dezember 2007 veröffentlichten Ergebnisse der internationalen Schulleistungsuntersuchungen PIRLS/IGLU 2006 (Progress in International Reading Literacy Study/Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung)⁸⁷ und PISA 2006 (Programme for International Student Assessment)⁸⁸ dokumentieren positive Veränderungen der Leistungen deutscher Schüler/-innen in zentralen Kompetenzbereichen. Die Studien zeigen jedoch auch deutliche Zusammenhänge zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg. Die Ergebnisse der PISA Studie 2006 lassen erste Tendenzen zur Lockerung dieses Zusammenhangs erkennen.

Eine Möglichkeit diesen Hintergrund abzubilden, ist der so genannte ökonomische, soziale und kulturelle Status (ESCS⁸⁹). In der PISA-Studie 2006 der OECD⁹⁰ werden im Schwerpunkt die Leistungen von 15-Jährigen in den Naturwissenschaften gemessen. Die folgende Tabelle zeigt den Einfluss der sozialen Herkunft auf die Schülerleistungen in ausgewählten OECD-Staaten.

⁸⁷ Bos, W./ Hornberg, S./ Arnold, K.-H./ Faust, G./ Fried, L./ Lankes, E.-M./ Schwippert, K./ Valtin, R. (Hrsg.): IGLU 2006. Lesekompetenzen von Grundschulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich, Münster/New York/München/Berlin 2007.

⁸⁸ PISA-Konsortium Deutschland (Hrsg.): PISA 06. Die Ergebnisse der dritten internationalen Vergleichsstudie, Münster/New York/München/Berlin 2007.

⁸⁹ Economic, social and cultural status.

⁹⁰ OECD (Hrsg.): PISA 2006. Schulleistungen im internationalen Vergleich. Naturwissenschaftliche Kompetenzen für die Welt von morgen, Bielefeld 2007, S. 217.

Tabelle III.1:

Einfluss der sozialen Herkunft auf die Schülerleistung

Staat	Mittelwert der Schülerleistung (OECD-Durchschnitt: 500)	Sozialer Gradient⁹¹ (Punktzahlveränderung des Mittelwerts pro ESCS-Einheit)
Finnland	563	31
Spanien	488	31
Italien	475	31
Korea	522	32
Kanada	534	33
Schweden	503	38
Japan	531	39
Niederlande	525	44
Deutschland	516	46
Österreich	511	46
Vereinigtes Königreich	515	48
Belgien	510	48
Vereinigte Staaten (USA)	489	49
Frankreich	495	54

Quelle: PISA-Studie 2006

Deutschland gehört danach zu den Ländern, bei denen eine relativ starke Abhängigkeit zwischen Schülerleistungen und sozialer Herkunft besteht. Jedoch schneiden vergleichbare europäische Mitgliedstaaten wie Frankreich oder das Vereinigte Königreich noch schlechter ab. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind von diesem Zusammenhang in Deutschland besonders betroffen, da ihre Eltern wie in allen OECD-Zielstaaten mit Arbeitsmigration eine kürzere Schulbesuchszeit und einen geringeren ökonomischen, sozialen und kulturellen Status aufweisen, als die Eltern von Nichtmigranten. Nirgendwo ist dieser Unterschied zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund aber so deutlich wie in Deutschland.⁹²

Auch jenseits der Schule ist die soziale Herkunft häufig von Bedeutung für den weiteren Bildungsweg. Die Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks beschreibt im Durchlauf des Schul- und Hochschulsystems fünf Übergangsstellen (Schwellen) – von der Grundschule bis

⁹¹ Ein niedriger sozialer Gradient drückt einen geringen Zusammenhang zwischen Schülerleistung und sozialem Hintergrund der Schüler/-innen aus; je höher der soziale Gradient, desto ausgeprägter ist dieser Zusammenhang.

⁹² Vgl. Stanat, P., Christensen, C.: Schulerfolg von Jugendlichen mit Migrationshintergrund im internationalen Vergleich. Eine Analyse von Voraussetzungen und Erträgen schulischen Lernens im Rahmen von PISA 2003, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), Bonn/Berlin 2006; sowie Konsortium Bildungsberichterstattung: Bildung in Deutschland, a. a. O., S. 172.

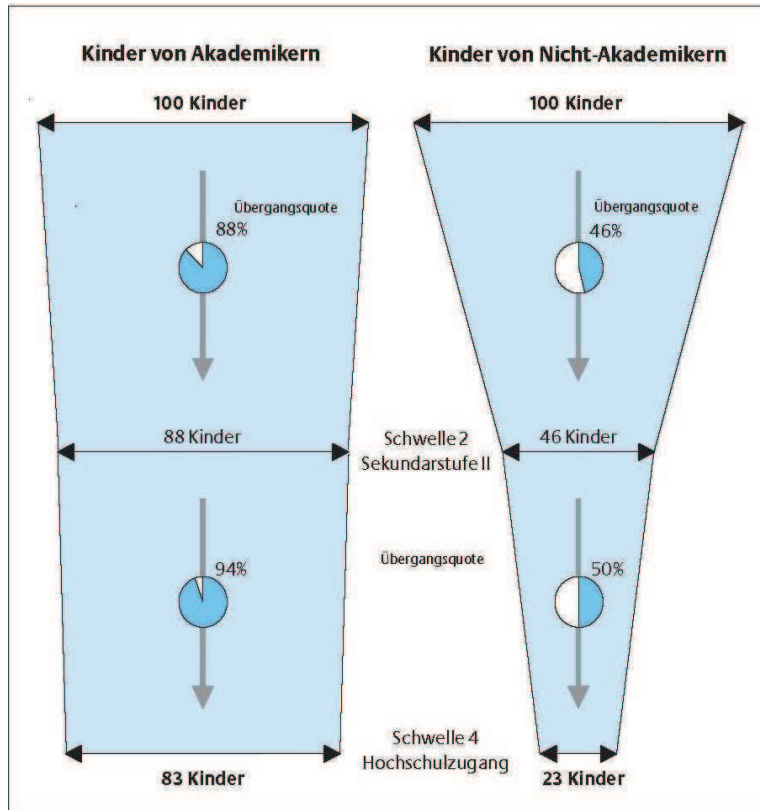
zum Erwerb des Hochschulabschlusses. In der folgenden Darstellung (**siehe Schaubild III.4**) ist die soziale Selektivität an den Übergängen in die Sekundarstufe II (Klassenstufe 11 bis 13) und in die Hochschule dargestellt. Diese Darstellung kann nicht mit denen früherer Erhebungen für den Armuts- und Reichtumsbericht verglichen werden, da hier nach Hochschulabschluss des Vaters, in früheren Erhebungen jedoch nach sozialen Herkunftsgruppen differenziert wurde.⁹³ 83% der Kinder, deren Vater einen Hochschulabschluss erworben hat, nehmen ein Studium auf. Bei Kindern von Nicht-Akademikern sind es nur 23% der Kinder. Kinder, deren Vater einen Hochschulabschluss erworben hat, haben somit eine 3,6-fach höhere Chance zu studieren als Kinder ohne studierten Vater.⁹⁴

⁹³ Für die Schätzung sozialgruppenspezifischer Beteiligungsquoten wird aus methodischen Gründen (Machbarkeit, Überschaubarkeit) daran festgehalten, die entsprechenden Merkmale der Familienbezugsperson als Indikatoren für den sozialen Status der Herkunftsfamilie Studierender bzw. der altersspezifischen Bevölkerung heranzuziehen. Die Familienbezugsperson ist in der Regel der Vater. Bei Ein-Eltern-Familien ist sie der allererziehende Elternteil, also häufig die Mutter.

⁹⁴ Fabian, G./Isserstedt, W./Middendorf, E./Wolter, A.: Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006, 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), Bonn/Berlin 2007.

Schaubild III.4:

**Bildungsbeteiligung von Kindern
nach akademischem Abschluss des Vaters**



- 1) Diese Darstellung kann nicht mit denen früherer Sozialerhebungen verglichen werden, da hier nach Hochschulabschluss des Vaters, in früheren Erhebungen jedoch nach sozialen Herkunftsguppen differenziert wurde.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sonderauswertungen Mikrozensus 2001 und 2005; HIS-Studienanfängerbefragung 2005; Eigene Berechnungen DSW/HIS.

III.6 Anteil öffentlicher Bildungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

Auch die Höhe der Bildungsausgaben und ihre Entwicklung ist ein Indikator dafür, welchen Stellenwert Bildung in einer Gesellschaft hat. Die Anteile der öffentlichen Ausgaben für Bildung am Bruttoinlandsprodukt (BIP) (mehrheitlich Länder- und Kommunenausgaben) hat sich zwischen 1996 und 2005 kaum verändert. Nach vorläufigen Angaben betrug der Anteil im Jahr 2005 3,89% (87,2 Mrd. Euro) während er im Jahr 1996 4,12% betrug (**Kernindikator Q.3.**). Auch zwischen den ausgewiesenen Bildungsbereichen ist es seit Mitte der 90er Jahre zu keinen deutlichen Verschiebungen gekommen.

III.7 Zusammenfassung: Bildungschancen

Bildung ist entscheidend für die individuellen Chancen gesellschaftlicher Teilhabe und eine existenzsichernde Erwerbsbeteiligung. Das Bildungsniveau der gesamten Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Die Bildungsbeteiligung der Frauen entwickelte sich dabei positiver als die der Männer. Der Anteil der öffentlichen Bildungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stagniert seit Mitte der 1990er Jahre und beträgt nach vorläufigen Daten 3,89% im Jahr 2005.

Im Zehnjahresvergleich der Schulabschlüsse zwischen 1996 und 2006 gibt es eine etwa konstante Anzahl von Personen mit geringen formalen Qualifikationen. Dies wird europäisch vergleichbar gemessen am Anteil der so genannten frühen Schulabgänger (18- bis 24-Jährige ohne Abschluss des Sekundarbereichs II, etwa Fachhochschulreife, Hochschulreife oder beruflichen Bildungsabschluss), die sich nicht in Aus- oder Weiterbildung befinden. Deutschland lag 2006 mit einem Anteil von 13,8% früher Schulabgänger zwar deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 15,3%, hat jedoch die europäische Zielmarke von 10% bis 2010 noch nicht erreicht. In Ostdeutschland stieg der Anteil junger Menschen ohne Abschluss der Sekundarstufe II um fünf Prozentpunkte auf 11,0%.

Die Mehrzahl der Jugendlichen, die die Schule ohne Abschluss verlassen (so genannte Schulabbrecher: 7,9% im Jahr 2006⁹⁵) ergreifen später mit Erfolg eine „zweite Chance“ und nutzen die Möglichkeiten der Nachqualifizierung, um einmal versäumte Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse nachzuholen. Dennoch ist der Anteil der 18- bis 24-Jährigen, die über keinen Abschluss des Sekundarbereichs I – die also keinen allgemeinbildenden und auch keinen beruflichen Abschluss – haben, leicht auf 2,4% im Jahr 2006 gestiegen.

Die frühen Schulabgänger sind eine Risikogruppe, denn der berufliche Bildungsabschluss hat großen Einfluss auf Beschäftigung und Einkommen. Betrachtet man die Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, sinkt der Anteil der Frauen ohne beruflichen Abschluss bzw. Hochschulabschluss, während der der Männer ansteigt. Insgesamt bleiben etwa 15% der Bevölkerung im Alter von über 35 Jahren dauerhaft ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung.

Demgegenüber zeigt sich ein Trend zu höheren Bildungsabschlüssen. Der Anteil von Hochschulabsolventinnen und -absolventen an der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren stieg in Deutschland von 10,3% (1996) auf 12,6% (2006). Der Anstieg war bei den Frauen höher als bei den Männern. Erwartungsgemäß ist die Erwerbsbeteiligung umso größer, je höher das Niveau der beruflichen Qualifikation ist. 2006 waren gut 85% der Personen mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss erwerbstätig, während es bei den Personen ohne beruflichen Abschluss nur 53,5% waren. Allerdings ist ein deutlicher Anstieg der Erwerbstätigenquote von Frauen ohne beruflichen Abschluss von 37,5% (1996) auf 46,3% (2006) zu verzeichnen.

Trotz positiver Veränderungen der Leistungen deutscher Schülerinnen und Schüler in zentralen Kompetenzbereichen bei den internationalen Schulleistungsuntersuchungen des Jahres 2006 zeigen die Studien weiterhin deutliche Zusammenhänge zwischen sozialer Herkunft und Kompetenzniveau. Der Zusammenhang hat sich 2006 im Vergleich zu den Vorjahren jedoch etwas gelockert. Bei Kindern und Jugendliche mit Migrationshintergrund ist dieser Zusammenhang weiterhin in besonderem Maß ausgeprägt.

⁹⁵ Anteil der Abgänger von allgemeinbildenden Schulen ohne Hauptschulabschluss in Bezug zum Jahrgangsdurchschnitt der 15- bis unter 17-jährigen Bevölkerung; Quelle: Statistisches Bundesamt.

IV. Erwerbstätigkeit

Die Integration Erwerbsfähiger in das Arbeitsleben ist der Schlüssel dafür, Teilhabe- und Verwirklichungschancen für alle Haushaltsmitglieder zu eröffnen und damit auch Kinderarmut zu vermeiden. Dabei bedeutet angemessen entlohnte Arbeit nicht nur die eigenständige Sicherung des Lebensunterhalts, sondern auch gesellschaftliche Anerkennung und ein selbstbestimmtes Leben.

Zu Beginn des Jahres 2005 wurde in Deutschland ein zweistufiges System der Arbeitsmarktpolitik geschaffen. Zum einen existiert weiterhin die beitragsfinanzierte Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III). Zum anderen wurden die beiden steuerfinanzierten und bedürftigkeitsabhängigen Sozialleistungssysteme Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige zur steuerfinanzierten Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II zusammengeführt. Erwerbsfähige, die früher Leistungen der Sozialhilfe bezogen, haben nun ein Recht auf die Beratungs-, Vermittlungs- und Qualifizierungsangebote der Agentur für Arbeit.

IV.1 Entwicklung der Erwerbstätigkeit

Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland weist im Zeitraum von 1998 bis 2007 unterschiedliche Tendenzen auf. In den Jahren zwischen 1998 und 2001 stieg die Erwerbstätigkeit kontinuierlich von 37,9 Mio. auf 39,3 Mio. an. In den folgenden zwei Jahren sank die Erwerbstätigkeit auf das Niveau von 38,7 Mio. In den Jahren 2004 und 2005 verharrte sie auf ähnlichem Niveau und stieg erst im Jahr 2006 wieder bis auf 39,1 Mio. bzw. im Jahr 2007 auf 39,7 Mio. an. Im April 2008 betrug die Zahl der Erwerbstätigen mit Arbeitsort in Deutschland 40,1 Mio. In Westdeutschland nahm die Erwerbstätigkeit zwischen 1998 und 2006 insgesamt um 4,8% zu, während sie in Ostdeutschland um 3,9% sank. Im Jahr 2007 stieg die Erwerbstätigkeit in Ostdeutschland mit 1,7% geringfügig stärker als in Westdeutschland mit 1,6%.

IV.1.1 Erwerbstätigenquoten

Der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren wird in der Erwerbstätigenquote ausgedrückt. Im Rahmen des Lissabon-Prozesses der Europäischen Union wird eine Erwerbstätigenquote von 70% für das Jahr 2010 angestrebt. Die Erwerbstätigenquote von Frauen soll mindestens 60% und die der Älteren (55- bis 64-Jährigen) 50% erreichen. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Erwerbstätigenquote von 1998 bis 2007.

Tabelle IV.1:

Erwerbstätigenquoten¹⁾ in Prozent

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen	Ältere
1998	63,7%	71,7%	55,6%	37,7%
2000	65,3%	72,7%	57,8%	37,4%
2004	64,3%	70,0%	58,5%	41,4%
2005 ²⁾	66,0%	71,3%	60,6%	45,4%
2006	67,5%	72,8%	62,2%	48,4%
2007	69,4%	74,7%	64,0%	51,5%

1) Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung im Alter von 15-64 Jahren bzw. 55-64 Jahren bei den Älteren.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Arbeitskräfteerhebung der EU

Im Jahresdurchschnitt 2007 ist die allgemeine Erwerbstätigenquote weiter gestiegen (69,4%). Damit rückt das Lissabonziel von 70% in greifbare Nähe. Bei den Frauen und den Älteren (55 bis 64 Jahre) wurden die gesteckten Ziele bereits überschritten. Für die Älteren hat sich die Bundesregierung daher für das Jahr 2010 eine Erwerbstätigenquote von 55% als nationales Ziel gesetzt.

Die Erwerbstätigenquote der Männer liegt immer noch deutlich über jener der Frauen. Die Quote der Frauen stieg in den vergangenen Jahren erheblich an, während sie für Männer im Jahr 2004 zunächst auf 70,8% fiel und seitdem wieder steigt. Die Differenz zwischen den Erwerbstätigenquoten für Männer und Frauen ist von 16,1% (1998) auf 10,7% (2007) gesunken. Jedoch ist der Anteil der erwerbstätigen Personen in Teilzeit für Frauen erheblich höher als für Männer. Zudem stieg der Anteil für Frauen von 36,4% im Jahr 1998 auf 45,6% im Jahr 2006, während der Anstieg für Männer von 4,7% auf 9,3% absolut betrachtet deutlich geringer war.⁹⁶

Die Erwerbstätigenquote auf Basis des Mikrozensus erlaubt eine Differenzierung nach Ost- und Westdeutschland. Seit dem Jahr 1998 sind die Erwerbstätigenquoten von 64,5% in West- und 61,0% in Ostdeutschland deutlich gestiegen. Der Anstieg bis zum Jahr 2006 war in Westdeutschland mit 4,1 Prozentpunkten höher als in Ostdeutschland mit 1,9 Prozentpunkten. Die Erwerbstätigenquote liegt damit im Jahr 2006 in Westdeutschland mit 68,6% deutlich höher als in Ostdeutschland mit 64,7%. Während in Ostdeutschland die Quote zwischen den Jahren 1999 und 2004 kontinuierlich gesunken ist, fiel sie in Westdeutschland erst ab dem Jahr 2001.

⁹⁶ Eurostat vorläufiger Wert für 2006.

IV.1.2 Mehr Selbständige sowie geringfügig und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Im Jahresdurchschnitt 2007 erreichte die Zahl der Erwerbstätigen mit 39,7 Mio. seit der Wiedervereinigung ihren höchsten Stand. Die Zunahme beruhte sowohl auf einem Anstieg der selbständigen Tätigkeit sowie geringfügiger Erwerbstätigkeit. Die Zahl der Selbständigen – einschließlich der mithelfenden Familienangehörigen – wuchs seit der Wiedervereinigung nahezu kontinuierlich und erreichte im Jahr 2007 mit 4,446 Mio. ihren vorläufigen Höchststand.

Tabelle IV.2:

Erwerbstätige im jeweiligen Jahresdurchschnitt bzw. Ende Juni in Tausend

Jahr	Erwerbstätige ¹⁾	Selbständige ¹⁾	Geringfügig ³⁾ Beschäftigte ²⁾		Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ²⁾	
			Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Insgesamt	Insgesamt				
1998	37.911	3.865	-	-	15.261	11.947
2000	39.144	3.915	1.179	2.873	15.544	12.282
2002	39.096	4.003	1.242	2.927	15.179	12.392
2004	38.880	4.222	1.571	3.232	14.541	11.983
2005	38.846	4.356	1.559	3.187	14.286	11.892
2006	39.088	4.392	1.590	3.263	14.424	11.931
2007	39.737	4.446	1.585	3.296	14.770	12.085

1) Jahresdurchschnitt

2) Ende Juni eines Jahres.

3) Ausschließlich geringfügig Beschäftigte, ohne geringfügig Beschäftigte in einem Nebenjob.

Quelle: Erwerbstätige (Inlandskonzept) und Selbständige aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes, geringfügig und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte von der Bundesagentur für Arbeit.

Die Zahl der ausschließlich geringfügig Beschäftigten stieg in den Jahren von 1999 bis 2004 kontinuierlich an. Im Juni 1999 wurden 3,66 Mio. ausschließlich geringfügig Beschäftigte gezählt, bis Juni 2002 ist diese Zahl auf 4,17 Mio. gestiegen. Nach der Reform der geringfügigen Beschäftigung zum April 2003 stieg die Zahl der ausschließlich geringfügig Beschäftigten weiter an. Die Geringfügigkeitsgrenze wurde auf 400 Euro erhöht und die bis dahin geltende Grenze von 15 Stunden pro Woche entfiel. Ziel der Reform war eine attraktivere Gestaltung der so genannten Minijobs, so dass die Wirtschaft auf der einen Seite flexible Gestaltungsmöglichkeiten für Beschäftigte im Niedriglohnbereich erhielt und auf der anderen Seite für die Beschäftigten die soziale Absicherung durch die Einbeziehung in die gesetzliche Rentenversicherung erhalten blieb. Im Juni 2004 lag die Zahl der Minijobs bei 4,80 Mio. In den folgenden Jahren gab es nur

kleinere Veränderungen (Juni 2007 4,88 Mio.). Diese Entwicklung dürfte auf die Anhebung der Pauschalabgaben für den Arbeitgeber um 5% auf 30% mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2006 zurückzuführen sein. Hinzu kommen 2,04 Mio. geringfügig Beschäftigte in einem Nebenjob (Juni 2007). Die Zahl dieser so genannten Nebenjobber stieg seit der Einführung dieser Beschäftigungsform im Jahr 2003 kontinuierlich an (Juni 2003: 1,16 Mio.).

Minijobs erhöhen zwar die Flexibilität für die Unternehmen und bieten zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten, bilden aber in der Regel keine Brücke in reguläre Beschäftigung. Dagegen gibt es erste Hinweise auf eine Brückenfunktion in Vollzeitstellen bei den Midi-Jobs (400 bis unter 800 Euro Bruttoverdienst/Monat).⁹⁷

Die Reform des Rechts der Arbeitnehmerüberlassung zeigt eine positive Beschäftigungswirkung im Leiharbeitssegment. Die Zahl der überlassenen Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter hat sich von Ende 2003 bis Mitte 2007 um über 400.000 bzw. um über 120% auf über 730.000 erhöht. Eine solche Beschäftigung kann insbesondere Langzeitarbeitslosen und Berufseinsteigern eine Perspektive bieten.⁹⁸ So waren rund 67% der im ersten Halbjahr 2007 neu zugewandenen Leiharbeiter unmittelbar zuvor nicht beschäftigt und rund 13% seit einem Jahr oder länger ohne Beschäftigung. Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung für die Hans-Böckler-Stiftung vom Dezember 2007 belegt, dass es bislang keinen weit verbreiteten Trend gibt, vollzeitbeschäftigte Stammarbeitnehmer durch Leiharbeiter zu ersetzen.⁹⁹ Allerdings muss bei Leiharbeit auf Fehlentwicklungen geachtet werden.

Der Zuwachs an Beschäftigung insgesamt wird seit 2006 im Wesentlichen von sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer/-innen getragen. Die Zahl der geringfügig Beschäftigten stagniert seitdem nahezu.¹⁰⁰ Die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung wuchs 2006 damit das erste Mal seit dem Jahr 2000. Während die Beschäftigtenzahlen in Westdeutschland in der Aufschwungphase der Jahre 1998 bis 2001 stiegen, fielen sie in Ostdeutschland im gesamten Zeitraum von 1998 bis 2005. Das Niveau der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung lag im Juni 2007 bei 26,85 Mio. und damit immer noch unter dem Niveau des Jahres 1998 (27,21

⁹⁷ Die Bundesregierung lässt ihre Arbeitsmarktpolitik und die wichtigsten arbeitsmarktpolitischen Instrumente im Bereich des SGB III von unabhängigen Forschungsinstituten konsequent evaluieren. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat dazu Ende 2006 den Evaluationsbericht „Die Wirksamkeit moderner Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ vorgelegt, siehe BT-Drucksache 16/3982, S. 156.

⁹⁸ Leiharbeit kann eine Brücke in den Arbeitsmarkt sein. Danach blieb jeder zweite 18- bis 34-Jährige mit abgeschlossener Berufsausbildung nach der ersten Beschäftigung in Leiharbeit weiter in Beschäftigung, wobei die Hälfte unmittelbar vom Entleihunternehmen in die Stammbeslegschaft übernommen wurde. Siehe dazu Fuchs, T./Ebert, A. (Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie): Was ist gute Arbeit? - Anforderungen an den Berufseinstieg aus Sicht der jungen Generation, Repräsentative Befragung im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Februar 2008, S. 39.

⁹⁹ Bellmann, L./Kühl, A.: Weitere Expansion der Leiharbeit? Eine Bestandsaufnahme auf der Basis des IAB-Betriebspanels, Studie an die Hans-Böckler-Stiftung, Berlin 2007, S. 30-32, 49, sowie S. 54-55.

¹⁰⁰ Brenke, K./Zimmermann, K.: Reformagenda 2010 - Strukturreformen für Wachstum und Beschäftigung, DIW Wochenbericht Nr. 11/2008, S. 121.

Mio.). Im Vergleich zum Vorjahresmonat Juni 2006 stieg die Zahl jedoch um 500.000 (1,9%). Der Zuwachs bei den ausschließlich geringfügig Beschäftigten ist mit einem Anstieg von 0,6% von Juni 2006 bis Juni 2007 hingegen gering.¹⁰¹ Damit steigt auch die Zahl der Vollzeitbeschäftigten seit 2007 wieder leicht an, während sie in den Vorjahren kontinuierlich gesunken war.¹⁰²

IV.1.3 Entwicklung des Anteils der Niedriglohnbezieher

Die Höhe des erzielten Erwerbseinkommens aus unselbständiger Arbeit bestimmt wesentlich das Ausmaß von Teilhabechancen. Niedrige Löhne können die Betroffenen von der gesellschaftlichen Teilhabe ausschließen. Gleichzeitig hat der Aufbau zusätzlicher Beschäftigung auch im Niedriglohnbereich viele Menschen aus der Arbeitslosigkeit herausgeführt. Aktuelle Auswertungen des SOEP zeigen eine deutliche Zunahme des Niedriglohnbereichs (**siehe Kapitel II Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung, Abschnitt II.1.1.**). 2005 blieben die Verdienste aus unselbständiger Arbeit von mehr als einem Drittel der Beschäftigten unterhalb der Niedriglohnschwelle von zwei Dritteln des Medians der Bruttoeinkommen. Anfang der 1990er Jahre war dies dagegen nur bei etwas mehr als einem Viertel der Fall.¹⁰³ Während der Anteil der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer mit Niedriglöhnen 2002 noch 8,8% betrug, waren es 2005 bereits 9,3%.

Derselben Datenbasis zufolge verfügten 12% aller Erwerbstätigen im Alter von 18 Jahren¹⁰⁴ und älter im Jahr 2005 über ein äquivalenzgewichtetes Nettoeinkommen unterhalb der statistischen Armutsrisikoschwelle (**Kernindikator A.9.**). Im Jahr 2002 waren dies noch 9%, im Jahr 1998 sogar nur 6%. Auch die EU-weit vergleichbaren Ergebnisse der Erhebung EU-SILC weisen zwischen den Einkommensjahren 2004 und 2005 eine leichte Steigerung des Armutsrisikos von Erwerbstätigen von 5% auf 6% auf.

Gründe für die deutliche Zunahme des Niedriglohnbereichs

Erkenntnisse, worauf die Entwicklung im Niedriglohnbereich bis einschließlich 2005 zurückzuführen ist, liegen nicht vor. Erklärungsversuche können nur auf Plausibilitätsüberlegungen beruhen und Bestimmungsfaktoren, die vermutlich Einfluss auf das Lohnniveau haben, in den Blick nehmen.

Andauernde Wachstumsschwäche

Von zentraler Bedeutung für die Zunahme gering bezahlter Beschäftigung dürfte die lang andauernde Wachstumsschwäche der deutschen Wirtschaft gewesen sein, in deren Folge die

¹⁰¹ Daten mit 6-monatiger Wartezeit. Daten ohne Wartezeit sind bei geringfügiger Beschäftigung stark verzerrt.

¹⁰² Bach H. U./ Gartner, H./ Klinger, S./ Rothe, Th./ Spitznagel, E.: Der Aufschwung lässt nach, in IAB Kurzbericht Nr. 3/2008, S. 11.

¹⁰³ Siehe ausführlich DIW/ZEW/ Hauser, R./ Becker, I. (2008), a. a. O.

¹⁰⁴ Danach werden Personen als erwerbstätig klassifiziert, wenn sie im Erhebungsjahr länger als sechs Monate einer Beschäftigung nachgegangen sind.

Zahl der Arbeitslosen auf einen Höchststand von 5,29 Mio. Personen im Februar 2005 anstieg. Es erscheint plausibel, dass die stetig steigende Arbeitslosigkeit die Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt verschärft und so die Löhne besonders im unteren Bereich unter Druck gesetzt hat.

Zunehmender internationaler Wettbewerb im Niedriglohnbereich

Der technologische Wandel wirkt sich auf Beschäftigte je nach Qualifikation unterschiedlich aus. Gut qualifizierte Beschäftigte werden zur Nutzung moderner Technologien auf dem Arbeitsmarkt verstärkt nachgefragt. Gering qualifizierte Beschäftigte hingegen werden durch moderne Technologien ersetzt (**vgl. Kapitel III Bildungschancen, Abschnitt III.4**). Darüber hinaus werden im Zuge der Globalisierung verstärkt handelbare Güter importiert, mit deren Herstellung im Inland bisher viele Geringqualifizierte beschäftigt waren. Die sinkende Arbeitsnachfrage im Inland wirkt sich in der Folge negativ auf die Löhne Geringqualifizierter aus.

Wandel der Erwerbsformen

Die Situation am Arbeitsmarkt war zudem durch den Wandel der Erwerbsformen gekennzeichnet. Beschäftigungsformen wie die Leiharbeit und Teilzeiterwerbstätigkeit nahmen zu. So ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten (Teilzeitquote) in Deutschland über die Konjunkturzyklen hinweg stetig auf 25,8% der Gesamtbeschäftigung im Jahr 2006 angestiegen (Quelle: Eurostat). Dies ist vor allem auf die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen zurückzuführen. So ist die Zunahme der Müttererwerbstätigkeit ausschließlich bei Teilzeitarbeit zu beobachten. Die geringfügige Beschäftigung (Minijobs) als Variante von Teilzeitarbeit hat vor allem nach der Reform der geringfügigen Beschäftigung zum April 2003 ebenfalls erheblich an Bedeutung gewonnen (**vgl. unter IV.1.2**). Teilzeitbeschäftigte, vor allem geringfügig Beschäftigte, sind stärker von Niedriglöhnen betroffen als vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer.

Gesunkene Tarifbindung

Die Anzahl der tarifgebundenen Betriebe ist zurückgegangen und somit auch der Anteil der Beschäftigten in tarifgebundenen Betrieben. Eine Erhebung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit hat für 1998 ergeben, dass in Westdeutschland noch 75,8% und in Ostdeutschland 63,2% aller Arbeitnehmer bei tarifgebundenen Arbeitgebern beschäftigt waren. Für das Jahr 2002 betrug der Anteil von Beschäftigten in Betrieben mit Bindung an einen Verbandstarifvertrag oder in Betrieben mit Firmentarifverträgen 70% in Westdeutschland und 55% in Ostdeutschland und ging bis 2005 auf 67% bzw. 53% in Ostdeutschland zurück. Diese Entwicklung könnte im Ergebnis ebenfalls zu einer Ausdifferenzierung der Löhne nach unten geführt haben. Allerdings schützen Tarifverträge nicht automatisch vor Niedriglöhnen. Niedrige Tariflöhne waren auch angesichts der schwachen wirtschaftlichen Entwicklung der letzten Jahre keine Seltenheit.

Sektorale Lohndifferenzen

Das Lohnniveau und die Lohnentwicklung der einzelnen Wirtschaftsbranchen unterscheiden sich sehr stark. Es ist denkbar, dass der sektorale Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft auch mit einer Zunahme von Tätigkeiten in Branchen einhergeht, für die niedrige Entgelte charakteristisch sind. Diese Entwicklung könnte durch den Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit noch verstärkt worden sein, da diese sich eher auf Branchen und Tätigkeiten mit einem höheren Anteil an Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung sowie niedrigeren Löhnen konzentriert. Das Lohngefälle zwischen den Geschlechtern von 22% (2005) ist auch deshalb im europäischen Vergleich sehr groß, weil die familienbedingten Erwerbsunterbrechungen in Deutschland vergleichsweise häufig und lang sind.

Regionale Lohndifferenzen

Zudem gibt es in Deutschland neben der sektoralen auch eine regionale Lohndifferenzierung. In den ostdeutschen Bundesländern inklusive Berlin werden durchschnittlich deutlich niedrigere Löhne als in den westdeutschen Bundesländern bezahlt. Der Anteil der Niedriglohnbeschäftigten bei Vollzeitarbeit liegt in Ostdeutschland mit 19,4% deutlich über dem westdeutschen Wert von 6,8% für das Jahr 2005.¹⁰⁵ Ursächlich sind hier auch die deutlich höhere Arbeitslosigkeit und die geringere Tarifbindung.

IV.2 Entwicklung der Arbeitslosigkeit

IV.2.1 Entwicklung bis 2005

Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit ist vor allem durch die wirtschaftliche Entwicklung und die Nachfrage nach Arbeitskräften geprägt. Daneben spielt auch das Arbeitsangebot eine Rolle, das etwa durch die Stärke der Jahrgänge oder die steigende Frauenerwerbsneigung beeinflusst wird. Die im Kapitel Einkommen dargestellte negative Einkommensentwicklung in den Jahren 2002 bis einschließlich 2005¹⁰⁶ korrespondiert mit der steigenden Arbeitslosigkeit bis Mitte 2005.

Die Zahl der Arbeitslosen sank von 4,28 Mio. im Jahr 1998 zunächst bis auf 3,85 Mio. im Jahr 2001 ab. Dabei ging die Arbeitslosigkeit aufgrund der positiven wirtschaftlichen Entwicklung überwiegend in Westdeutschland zurück. Die Arbeitslosenquote verringerte sich in diesem Zeitraum um 2 Prozentpunkte auf 10,3%. In den Jahren 2002 und 2003 stieg die Arbeitslosigkeit infolge der wirtschaftlichen Schwächephase deutlich bis auf 4,38 Mio. an und verharrte 2004

¹⁰⁵ Siehe hierzu Kapitel II Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung, Abschnitt II.1.1 Entwicklung der Bruttolöhne- und Gehälter sowie Bosch, G./Kalina, T.: Niedriglohnbeschäftigung in Deutschland - Zahlen, Fakten, Ursachen, in: Bosch, G./Weinkopf, C. (Hrsg.): Arbeiten für wenig Geld: Niedriglohnbeschäftigung in Deutschland, Frankfurt 2007, S. 20-105.

¹⁰⁶ Siehe Kapitel II Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung, Abschnitt II.1.3 Einkommensentwicklung der Haushalte.

auf diesem hohen Niveau mit einer Arbeitslosenquote von 9,4% in Westdeutschland und 20,1% in Ostdeutschland. Mit 5,29 Mio. wurde im Februar 2005 die höchste Zahl an Arbeitslosen seit der Wiedervereinigung und damit eine Arbeitslosenquote von 14,1% erreicht.

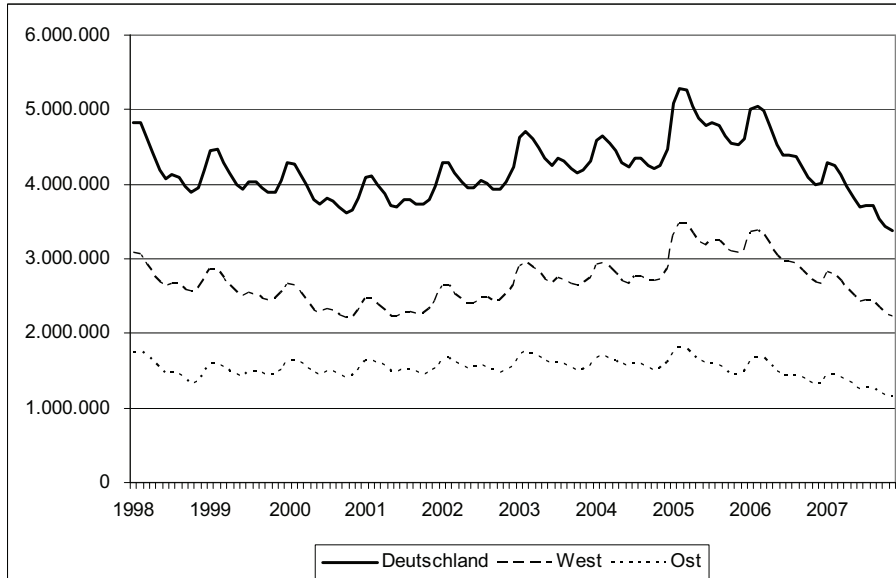
Zum Jahresanfang 2005 kam es durch die Zusammenlegung der Arbeitslosenhilfe mit dem Teil der Sozialhilfe, der die erwerbsfähigen Personen und ihre Familien umfasste, zu einer Zäsur in der Arbeitslosenstatistik. Ehemalige Empfänger von Sozialhilfe sowie Angehörige von ehemaligen Arbeitslosenhilfebeziehern, soweit sie mindestens 15 Jahre alt und für eine Arbeitsaufnahme verfügbar waren, wurden 2005 erstmals vollständig in der SGB II-Statistik als Arbeitslose erfasst und von der Öffentlichkeit wahrgenommen.¹⁰⁷ Dieser so genannte „Hartz IV-Effekt“ ließ nach Berechnungen der Bundesagentur für Arbeit die jahresdurchschnittliche Zahl der Arbeitslosen von 2004 auf 2005 um etwa 380.000 steigen. Zusammen mit der relativ schwachen Wirtschaftsentwicklung führte dies im Jahresdurchschnitt 2005 zu einem Anstieg der Zahl der Arbeitslosen um 480.000 auf 4,86 Mio. und einer Arbeitslosenquote von 13%.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Die Arbeitslosenhilfe war an das zuvor erhaltene Arbeitseinkommen gekoppelt und reichte meist aus, um auch Angehörige zu ernähren, die sich somit weder bei einer Agentur für Arbeit noch bei einem Sozialamt melden mussten. In der Arbeitslosenstatistik wurde nur der Arbeitslosenhilfeempfänger selbst als Arbeitsloser geführt, auch wenn mehrere erwerbsfähige Menschen von dieser Leistung lebten. Das Arbeitslosengeld II wird dagegen bedürftigkeitsabhängig für einzelne Personen gezahlt. Daher werden seit 2005 alle Personen, die Leistungen des SGB II erhalten und für eine Arbeitsaufnahme verfügbar sind, einzeln in der Arbeitslosenstatistik erfasst.

¹⁰⁸ Die ausgewiesenen Arbeitslosenquoten beziehen sich zur besseren Vergleichbarkeit auf die abhängigen zivilen Erwerbspersonen. Die Quote mit der Bezugsgröße aller zivilen Erwerbspersonen ist deutlich niedriger und lag im Jahr 2005 bei 11,7%.

Schaubild IV.1:

**Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen
in Ost- und Westdeutschland**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Der Anteil der Langzeitarbeitslosen stieg nach der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe deutlich an, da viele der nun im SGB II als Arbeitslose erfassten Personen langjährige Bezieher von Sozialhilfe waren und auch nach der Zusammenlegung arbeitslos blieben. Im Jahr 2004 lag der Anteil der Langzeitarbeitslosen mit 1,68 Mio. bei 38,4% und im Jahr 2006 mit 1,87 Mio. bei 41,7%. Dieser Anstieg ist insbesondere auf die Entwicklung in Westdeutschland zurückzuführen. In Ostdeutschland fiel der Anteil der Langzeitarbeitslosen in diesem Zeitraum. Der Unterschied kann wahrscheinlich auf den verfestigten Bezug von Sozialhilfe zurückgeführt werden, der in Westdeutschland deutlich ausgeprägter war als in Ostdeutschland.

Die Zahl der arbeitslosen Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren verringerte sich von 950.000 im Jahr 1998 auf 483.000 im Jahr 2004. Im folgenden Jahr stieg die Arbeitslosenzahl der Älteren auf 580.000. Auch Ausländer waren überdurchschnittlich von Arbeitslosigkeit betroffen (Arbeitslosenquote von 25,2% im Jahr 2005).¹⁰⁹

IV.2.2 Entwicklung seit 2006

Der konjunkturelle Aufschwung seit dem Jahr 2006 zeigt sich auch am Arbeitsmarkt und erfasst alle Personengruppen. Sowohl ältere als auch jüngere und ausländische Arbeitslose finden wieder in Erwerbsarbeit. Mit Beginn des Jahres 2006 sanken die Arbeitslosenzahlen deutlich und sind seitdem stets niedriger als im jeweiligen Vorjahresmonat. Im Dezember 2006 lag die

¹⁰⁹ Siehe ausführlich Kapitel IX Menschen mit Migrationshintergrund, Abschnitt IX.4.2 Arbeitslosigkeit.

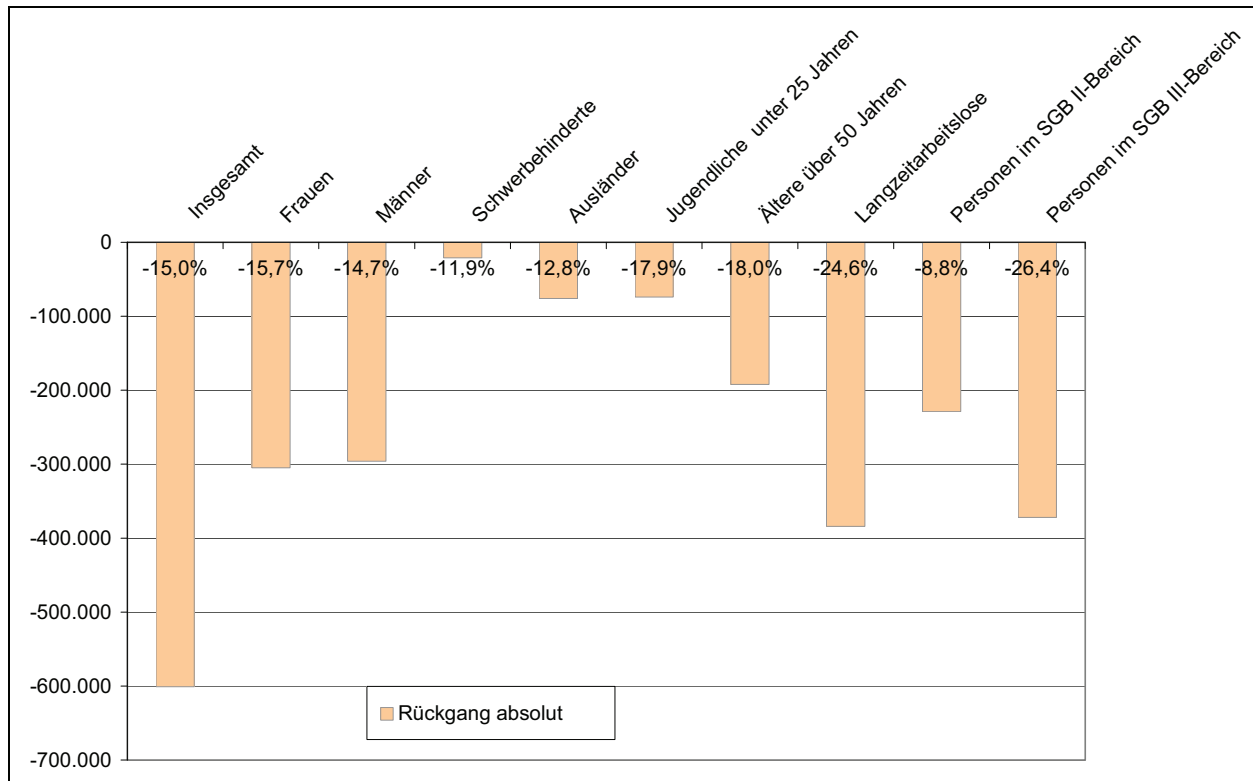
Zahl der Arbeitslosen bei 4,01 Mio. und die Arbeitslosenquote bei 10,7%. Gegenüber Dezember 2005 nahm damit die Zahl der Arbeitslosen um 597.000 ab, wobei diese Entwicklung sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland eintrat. Jedoch war das Niveau der Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland mit einer Arbeitslosenquote von 16,8% im Jahresdurchschnitt 2007 doppelt so hoch wie in Westdeutschland mit einer Quote von 8,4%. Die Zahl der Langzeitarbeitslosen verringerte sich zwischen 2006 und 2007 um 19,8% in Westdeutschland und 12,2% in Ostdeutschland.

Die Arbeitslosenquoten für Männer und Frauen haben sich in den vergangenen Jahren im Durchschnitt angeglichen und lagen 2006 für beide Gruppen bei 12,0%. Im Jahr 2007 fielen sie auf 9,8% für Männer und 10,4% für Frauen. Dabei betrug die Arbeitslosenquote für Frauen in Ostdeutschland 16,8%, für Männer 16,7% und in Westdeutschland für Frauen 8,7%, Männer 8,1%. Die Zahl der nicht als arbeitslos geltenden Personen in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (z. B. Weiterbildungen oder Zusatzjobs ohne Förderung abhängiger Beschäftigung) ist von rund 875.000 im Jahresdurchschnitt 2006 auf rund 810.000 im Jahr 2007 gesunken.

Der konjunkturelle Aufschwung kommt allen Personengruppen zugute. Die Arbeitsmarktreformen der Agenda 2010 waren erfolgreich, da sie die vom konjunkturellen Aufschwung auf dem Arbeitsmarkt ausgehenden Effekte verstärkt haben. Die Arbeitslosigkeit ging auch im Jahr 2007 Schritt für Schritt zurück.

Schaubild IV.2:

Rückgang der Arbeitslosigkeit im Dezember 2007 im Vergleich zu Dezember 2006



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Die Arbeitslosenquote für Personen unter 25 Jahren war im Zeitraum zwischen 1998 und 2007 stets geringer als die allgemeine Arbeitslosenquote und fiel im Jahr 2007 auch im Zuge der verbesserten konjunkturellen Lage auf 8,5%. Die Dauer der Arbeitslosigkeit hat sich bei der Gruppe der unter 25-Jährigen im letzten Jahr deutlich verringert. Zwar lag der Anteil der Jugendlichen unter 25 Jahren, die länger als drei Monate arbeitslos waren, im Januar 2008 noch bei 46,6%. Durchschnittlich waren die Jugendlichen aber 4,5 Monate arbeitslos. Damit rückt das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel näher, dass kein Jugendlicher länger als drei Monate arbeitslos sein soll.

In der Frühjahrsprojektion der Bundesregierung wird für 2008 eine weitere Verbesserung der Lage am Arbeitsmarkt prognostiziert. Im Jahresdurchschnitt 2008 wird im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der Arbeitslosigkeit um rund 500.000 Personen und ein Anstieg der Zahl der Erwerbstätigen um rund 400.000 erwartet. Dies bedeutet für viele Menschen eine neue Chance, durch Integration in den Arbeitsmarkt mehr Wohlstand und mehr Teilhabe zu erlangen.

IV.3 Arbeitslosigkeit und Bezug von Arbeitslosengeld II

IV.3.1 Arbeitslosigkeit und Armut

Die Einkommenssituation ist stark von der Erzielung von Erwerbseinkommen geprägt. Dies gilt unmittelbar für die Arbeitnehmer und Selbständigen, mittelbar gilt das für die vom Einkommen der Eltern abhängigen Kinder und die Rentner, deren Rentenhöhe vom erzielten Arbeitseinkommen im Lebensverlauf abhängig ist. Aber auch für diejenigen, deren Einkommen durch Sozialtransfers gesichert wird, ist die Entwicklung der Erwerbstätigkeit indirekt von entscheidender Bedeutung. Denn nur wenn genügend Menschen Arbeit haben und Sozialversicherungsbeiträge sowie Steuern zahlen, bleiben die Transfersysteme finanzierbar. Die Entwicklung von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit bestimmt damit wesentlich über Wohlstand und Armut der Bevölkerung.

Die Armutsrisikoquote von Arbeitslosen ist mit 43% mehr als dreimal so hoch wie die der Gesamtbevölkerung (13%). Deshalb gibt es zwischen der Arbeitslosigkeit und der Entwicklung des Bezuges von Mindesteinkommensleistungen auch einen engen Zusammenhang.¹¹⁰ Von den Arbeitslosen befanden sich 2007 mit 2,5 Mio. etwa zwei Drittel im Bezug der Leistungen des SGB II (Arbeitslosengeld II) und etwa ein Drittel im Bereich der Arbeitslosenversicherung des SGB III (34% im Januar 2008). Dieses Verhältnis lag im Juli 2005 noch bei 59% zu 41%. Diese Zahlen zeigen, dass arbeitslose Personen im Bereich des SGB III bisher stärker als die Arbeitslosen im Bereich des SGB II wieder in Arbeit gefunden haben. Aktuell zeichnet sich jedoch auch bei den Arbeitslosen im Bereich des SGB II eine positive Entwicklung ab (**vgl. Abschnitt IV.3.2**).

IV.3.2 Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld II

Weil das Arbeitslosengeld II aus Steuern finanziert wird, hat die Gesellschaft ein Interesse an bestmöglichen Eingliederungshilfen, aber auch einen Anspruch auf konsequente Eigeninitiative und aktive Mitwirkung der Arbeitsuchenden selbst. Fördern und Fordern gehen gleichberechtigt Hand in Hand. Von den Beziehern/-innen des Arbeitslosengeldes II wird erwartet, dass sie selbst alles tun, um die Abhängigkeit von staatlicher Hilfe – und damit die finanzielle Belastung der Gemeinschaft – so schnell wie möglich zu beenden. Wirkt der Leistungsbezieher bei seiner Eingliederung in Arbeit nicht in dem geforderten Maß mit, treten Sanktionen in Form von Minderrungen des Arbeitslosengeldes II bis hin zum Wegfall der Leistungen ein.¹¹¹ Dies gilt insbesondere für den Fall, dass sich der Erwerbslose ohne wichtigen Grund weigert, eine Eingliederungsvereinbarung abzuschließen oder eine zumutbare Arbeit aufzunehmen. Zumutbar ist ei-

¹¹⁰ Siehe hierzu auch Kapitel II Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung, Abschnitt II.2 Mindestsicherung.

¹¹¹ Im September 2007 war bei 3,9% der arbeitslos gemeldeten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (80.300) eine Sanktion verhängt, vgl.: Bundesagentur für Arbeit: SGB II, Zahlen, Daten, Fakten, Januar 2008, S. 29/30.

nem erwerbsfähigen Hilfeempfänger grundsätzlich jede Tätigkeit, zu der er körperlich, geistig und seelisch in der Lage ist, auch dann, wenn sie seiner früheren Berufstätigkeit oder seiner Ausbildung nicht entspricht oder als geringerwertig anzusehen ist, wenn sie mit Fahrzeiten verbunden ist oder die Arbeitsbedingungen ungünstiger als seine bisherigen sind. Es gibt allerdings Ausnahmen, beispielsweise wenn die Beschäftigung wegen zu geringer Bezahlung als sittenwidrig anzusehen ist oder wenn der Tätigkeit die Betreuung eines Kindes oder die Pflege von Angehörigen entgegensteht. Unzumutbarkeit kann auch aus sonstigen Umständen des Einzelfalls vorliegen.

Um zu analysieren, ob Hilfebedürftigkeit überwunden werden kann, ist die Struktur der derzeit Hilfebedürftigen zu betrachten. Bei Jugendlichen ab 15 Jahren, die dem Arbeitsmarkt schon zur Verfügung stehen, sowie bei Erwachsenen ist entscheidend, ob sie wieder Zugang zum Arbeitsmarkt und damit zu ausreichendem Erwerbseinkommen finden können. Kinder bis 14 Jahre bzw. in Schulausbildung befindliche ältere Jugendliche überwinden ihre Hilfebedürftigkeit nur über ein ausreichendes Einkommen der Eltern.

Deshalb ist die Maxime der aktivierenden Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, möglichst viele erwerbsfähige Hilfebedürftige (wieder) in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Betrachtet man die Zahlen von Juni 2007, standen von 5,31 Mio. erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (3,41 Mio. in Westdeutschland und 1,90 Mio. in Ostdeutschland) nur 46% und damit 2,42 Mio. Personen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung und waren damit arbeitslos gemeldet. Von den 2,69 Mio. Arbeitslosengeld II-Bezieherinnen waren 1,13 Mio. arbeitslos (42%) und von den 2,62 Mio. Beziehern waren es 1,29 Mio. (49%). Hinzu kamen 587.000 erwerbstätige Hilfebedürftige mit einem Bruttoeinkommen aus Erwerbstätigkeit von über 400 Euro im Monat („Aufstocker“).¹¹² Davon hatten 374.000 Erwerbstätige ein Einkommen von über 800 Euro im Monat. Diese Gruppe dürfte zu einem großen Teil einer Vollzeittätigkeit nachgehen. Die Mehrzahl der Vollzeitbeschäftigten gehört nur kurzfristig zu den „Aufstockern“. Vollzeitbeschäftigte, die längere Zeit Leistungen beziehen, leben meist in Paarhaushalten mit oder ohne Kinder.¹¹³ Ihr Einkommen reicht ohne Aufstockung nicht zur Absicherung dieses Haushalts aus. Um Arbeitsanreize zu setzen, verfügen diese Hilfebedürftigen mit der Aufstockung über ein Haushaltseinkommen, das oberhalb des soziokulturellen Existenzminimums liegt.

Weitere rund 499.000 Arbeitslosengeld II-Empfänger befanden sich in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (ohne Förderung abhängiger Beschäftigung) und waren deshalb nicht als arbeitslos registriert. Damit waren im Juni 2007 insgesamt – unter Berücksichtigung von Doppelzäh-

¹¹² Weitere 637.000 Personen haben ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit bis einschließlich 400 Euro.

¹¹³ Bruckmeier, K./Graf, T./Rudolph, H.: Erwerbstätige Leistungsbezieher im SGB II. Aufstocker - bedürftig trotz Arbeit, in: IAB Kurzbericht Nr. 22, 2007.

lungen, soweit dies möglich ist – etwa 3,5 Mio. Empfänger von Arbeitslosengeld II arbeitssuchend bzw. bereits erwerbstätig.

Auf Basis der heutigen Datenlage kann nur geschätzt werden, wie viele erwerbsfähige Hilfebedürftige aus unterschiedlichen Gründen aktuell nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und somit letztlich nicht aktiviert werden können. Insgesamt handelt es sich um rund ein Drittel der Leistungsempfänger. Nach Schätzungen fallen hierunter im Jahr 2007 rund 200.000 Hilfebedürftige im Alter von 58 Jahren und älter, die auf Grund der so genannten 58er-Regelung nicht aktiv vermittelt werden mussten.¹¹⁴ Des Weiteren handelt es sich um Personen, denen wegen der Betreuung kleiner Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger eine Arbeit nicht zumutbar ist oder die vorübergehend erwerbsunfähig sind. Weiterhin stehen Schüler dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. Auch für diesen Personenkreis stellt das SGB II den Unterhalt sicher und ermöglicht damit den Abschluss der Schulausbildung. So gab es im Juni 2007 insgesamt 1,05 Mio. Hilfebedürftige unter 25 Jahren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in Ausbildung waren. Bei rund einem Viertel der 663.000 Bedarfsgemeinschaften von Alleinerziehenden leben Kinder unter drei Jahren (Juni 2007), so dass die Arbeitsaufnahme nicht zumutbar ist. Bei Alleinerziehenden mit älteren Kinder ist eine Arbeitslosigkeitsmeldung erst dann wahrscheinlich, wenn eine Betreuung der Kinder in einer Tageseinrichtung oder in Tagespflege sichergestellt ist.

¹¹⁴ Nach der 58er-Regelung, die zum 31. Dezember 2007 auslief, können Personen nach Vollendung des 58. Lebensjahres unter Berufung auf § 428 SGB III bzw. § 65 Abs. 4 SGB II Arbeitslosengeld unter erleichterten Voraussetzungen beziehen. Sie müssen den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit nicht zur Verfügung stehen und gelten dementsprechend nicht als arbeitslos. Ältere, die unter diese Regelung fallen, sollen weiterhin in den Arbeitsmarkt integriert werden. Sie sind von keiner Vermittlung oder Maßnahme ausgeschlossen.

Tabelle IV.3:

**Struktur der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen
ab 15 Jahren in Tausend**

Erwerbsfähige Hilfebedürftige (eHb)	2005	2006	Juni 2007
Gesamt	4.980	5.390	5.310
Arbeitsuchende oder erwerbstätige eHb	3.400	3.800	3.460
Arbeitslose	2.770	2.820	2.420
Erwerbstätige ab 400 Euro Brutto/Monat ¹⁾	373	543	587
Darunter: Erwerbstätige ab 800 Euro Brutto/Monat ¹⁾	-	-	374
Maßnahmeteilnehmer ²⁾	305	474	499
Verbleibende eHb	1.580	1.590	1.850
Nachrichtlich:			
unter 25 Jahren	1.030	1.120	1.050
Alleinerziehende ³⁾	474	584	663
Ausländer	958	1.010	981

- 1) Aus Abgleich der Grundsicherungs- und Beschäftigtenstatistik in 2005 und 2006 (nur sozialversicherungs-
pflichtige Beschäftigte) und Grundsicherungsstatistik in 2007 (alle Erwerbstätigen), daher im Zeitverlauf nicht
direkt vergleichbar; schließt etwa 50.000 Arbeitslose ein.
- 2) Durchschnittlicher Bestand ohne Einmalleistungen und Förderung abhängiger Beschäftigung; ab 2006 mit
Informationen von zugelassenen kommunalen Trägern.
- 3) Mit Kindern unter 18 Jahren; Vergleichbarkeit über die Zeit nur bedingt sinnvoll.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die vorliegenden Daten zeigen einen deutlichen Anstieg der erwerbstätigen Hilfebedürftigen mit einem Bruttoverdienst ab 400 Euro/Monat seit 2005. Die Zahl der erwerbstätigen Hilfebedürftigen mit einem Bruttoeinkommen aus Erwerbstätigkeit von über 800 Euro im Monat ist zwischen Januar 2007 und Januar 2008 von 344.000 auf 370.000 gestiegen. Zuletzt gingen die Zahlen bei den vollzeitnahen Beschäftigungen allerdings erstmals wieder zurück, während sie bei den sog. Minijobs weiter anstiegen. Belastbare Erkenntnisse, worauf die Zunahme beruht, existieren nicht. Sie kann insbesondere die Folge einer erfolgreichen Aktivierung vormalig nicht erwerbstätiger Arbeitslosengeld II-Bezieher/-innen sein, worauf die sinkenden Arbeitslosenzahlen im SGB II hindeuten. Darüber hinaus könnten der Wechsel von Wohngeldbeziehern ins Arbeitslosengeld II wegen Übernahme der tatsächlich anfallenden Wohn- und Heizkosten (Rückgang der erwerbstätigen Wohngeldbezieher von 2004 auf 2006 von rund 500.000 auf derzeit rund 256.000 Haushalten) sowie die verbesserten Erwerbstätigenfreibeträge Gründe sein. Des Weiteren könnten sowohl ein Anstieg bei den Niedriglohnbeschäftigten (**siehe Übersicht Niedriglohnbereich**) als auch ein Zustrom aus der Dunkelziffer zuvor schon dem Grunde nach Anspruchsberechtigten für den Anstieg der erwerbstätigen Hilfebedürftigen verantwortlich sein.

IV.4 Zusammenfassung: Erwerbstätigkeit

Der konjunkturelle Aufschwung seit 2006 kommt allen Personengruppen auf dem Arbeitsmarkt zugute. Der Rückgang der Arbeitslosigkeit setzte sich im Jahr 2007 auch für langzeitarbeitslose, junge, ältere und ausländische Arbeitnehmer fort. Im Jahr 2007 stieg die Erwerbstätigkeit auf 39,7 Mio. im Jahresdurchschnitt – dem höchsten Stand seit der Wiedervereinigung – und übersprang im Dezember 2007 die 40-Millionengrenze. Die europäischen Lissabonziele bei den Erwerbstätigenquoten sind für Frauen (60%) und Ältere (50%) bereits erreicht und insgesamt (70%) mit einem Wert von 69,4% für das Jahr 2007 in greifbare Nähe gerückt. Für die Älteren hat sich die Bundesregierung daher für das Jahr 2010 eine Erwerbstätigenquote von 55% als nationales Ziel gesetzt.

Der Zuwachs an Beschäftigung geht im Zehnjahresvergleich auch mit einer Zunahme flexibler Beschäftigungsformen wie selbständiger, geringfügiger und zeitlich befristeter Beschäftigung einher. Mit gesetzlich veränderten Rahmenbedingungen wurden der Wirtschaft flexible Möglichkeiten eröffnet, um mehr Menschen in Arbeit zu bringen. Die Zahl der Leiharbeiter hat sich von Dezember 2003 bis Dezember 2006 nahezu verdoppelt und wuchs bis zum Stichtag 30. Juni 2007 auf rund 731.000 an. Der Zuwachs an Beschäftigung wird seit 2006 insgesamt im Wesentlichen von sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer/-innen getragen. Das Niveau der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung stieg seit 2006 erstmalig wieder und lag im Juni 2007 bei 26,85 Mio. Es lag aber immer noch unter dem Niveau des Jahres 1998 (27,21 Mio.). Im Vergleich zum Vorjahresmonat Juni 2006 stieg die Zahl im Juni 2007 jedoch um 500.000 Personen (1,9%).

Mit der Zunahme des Niedriglohnbereichs auch bei Vollzeiterwerbstätigkeit geht ein gestiegenes Armutsrisiko von Erwerbstätigen einher (Einkommensdaten nur bis einschließlich 2005). Zugleich aber haben neue Beschäftigungsformen mehr Menschen einen Weg aus der Arbeitslosigkeit eröffnet und dadurch ihre Teilhabechancen verbessert. Das weiterhin zu niedrige Niveau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und die Zunahme von Selbständigen mit niedrigen Einkommen und fehlender sozialer Absicherung sind problematisch. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig: andauernde Wachstumsschwäche bis einschließlich 2005, der zunehmende internationale Wettbewerb im Niedriglohnbereich, Wandel der Erwerbsformen, die gesunkene Tarifbindung, aber auch sektorale und regionale Lohndifferenzen haben die Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt verschärft und die Löhne besonders im unteren Bereich unter Druck gesetzt. So ist nicht nur die Armutsrisikoquote von Arbeitslosen mit 43% mehr als dreimal höher als die der Gesamtbevölkerung (13%, EU-SILC 2006), sondern auch die Armutsrisikoquote von Erwerbstätigen stieg auf 6% leicht an.

Das 2005 geschaffene zweistufige System der Arbeitsmarktpolitik besteht zum einen weiterhin aus der Arbeitsförderung nach dem Sozialgesetzbuch III als beitragsfinanzierte Arbeitslosenversicherung und zum anderen aus der steuerfinanzierten Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch II. Ziel der Reform ist es, allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen wieder eine Chance auf Integration in das Arbeitsleben zu geben, damit sie ihren Lebensunterhalt und den ihrer Familie aus eigenen Kräften und Mitteln, unabhängig von staatlichen Unterstützungsleistungen, bestreiten können. Von den Beziehern/-innen des Arbeitslosengeldes II wird erwartet, dass sie selbst alles tun, um die Abhängigkeit von staatlicher Hilfe so schnell wie möglich zu beenden.

Die Analyse der Struktur der Leistungsempfänger des Arbeitslosengeldes II zeigt, dass mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht immer die Hilfebedürftigkeit überwunden werden kann. Etwa ein Drittel der Leistungsempfänger ab 15 Jahren steht dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. Hinzu kamen im Juni 2007 374.000 erwerbstätige Hilfebezieher mit einem Einkommen von über 800 Euro im Monat.

V. Familie und Kinder

V.1 Familie heute

Die Familie – in den unterschiedlichsten Formen familiären Zusammenlebens – ist ein Grundpfeiler der Gesellschaft. Sie bietet ihren Mitgliedern Rückhalt und wechselseitige Unterstützung. Für Kinder bilden Familien den gesellschaftlichen Rahmen für eine frühzeitige Entfaltung individueller Potenziale. Durch eine das Selbstbewusstsein der Kinder und ihre aktive Teilhabe an der Gesellschaft fördernde Sozialisation werden wichtige Grundsteine für die Persönlichkeitsentwicklung und spätere Teilhabechancen gelegt. Erstmals seit zehn Jahren gab es im Jahr 2007 mehr Geburten als im Vorjahr. Mehr als drei Viertel aller Kinder wachsen nach wie vor in einer Familie mit verheirateten Eltern auf. Die Zahl und der Anteil der Kinder bei Alleinerziehenden- und bei Lebensgemeinschaften nehmen jedoch stetig zu (**siehe Tabelle V.1**).

Auch im Berichtszeitraum ist die Anzahl der Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern weiter von rund 1,5 Mio. im Jahr 2003 auf rund 1,6 Mio. im Jahr 2006 gestiegen. Die Momentaufnahme der Familientypen sagt jedoch wenig aus über die Übergänge im Familienleben wie Heirat oder Gründung von Patchwork-Familien sowie Trennung und Scheidung und deren Folgen für die wirtschaftliche Stabilität der Familien und das Wohlergehen der Kinder.

Tabelle V.1:

**Familien mit Kindern unter 18 Jahren
im Haushalt nach Familientypen**

	1996		2006	
	1.000	%	1.000	%
Familienstrukturen				
Ehepaare	7.673	81,4	6.476	74,0
Lebensgemeinschaften	452	4,8	668	7,6
Alleinerziehende	1.304	13,8	1.617	18,4
Zusammen	9.429	100,0	8.761	100,0
<i>davon</i>				
Westdeutschland	7.203	76,4	7.166	81,8
Ostdeutschland einschl. Berlin	2.225	23,6	1.595	18,2
Kinder in Familien von	Minderjährige Kinder			
Ehepaaren	13.096	84,0	10.914	77,4
Lebensgemeinschaften	650	4,1	942	6,7
Alleinerziehenden	1.857	11,9	2.243	15,9
Zusammen	15.603	100,0	14.099	100,0
<i>davon</i>				
Westdeutschland	12.161	78,0	11.812	83,8
Ostdeutschland einschl. Berlin	3.441	22,0	2.287	16,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

V.2 Familie als Ressource für individuelle Potenziale von Kindern

In der Kindheit werden Weichen für die körperliche, emotionale und geistige Entwicklung gestellt und damit Grundlagen für ihre späteren Teilhabe- und Verwirklichungschancen als Jugendliche und Erwachsene in der Gesellschaft gelegt. Familienmitglieder kümmern sich wechselseitig um emotionale Bedürfnisse, lösen gemeinsam Probleme, unterstützen sich in Krisen und betreuen einander bei Krankheit. Hier werden Kinder primär sozialisiert, hier entfalten sie ihre Persönlichkeit und nehmen in der Regel relativ stabile Verhaltensweisen an, die es ihnen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Die große Mehrzahl der Familien bewältigt ihr Leben selbst und lebt in sicheren materiellen Verhältnissen. Störungen, Krisen sowie externe Einflüsse können aber zu Armut und sozialer Ausgrenzung der Familienmitglieder führen. Ein einkommenszentrierter Ressourcenbegriff reicht nicht aus, um differenzierte Lebenslagen, Armutsrisiken und Bewältigungsstrategien im Familienalltag zu beschreiben.

Armut und soziale Ausgrenzung als Folge mangelnder Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten stellen sowohl für die Familien sowie für Kinder und Jugendliche als auch für deren soziale Netzwerke eine hohe Belastung dar. Armutsrisiken in Familien beschränken sich dabei nicht allein auf unzureichende finanzielle Mittel. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich zusätzlich Entwicklungsdefizite, Unterversorgung mit der Folge gesundheitlicher Probleme und soziale Benachteiligungen, etwa durch mangelnde Integration in der Schule und unter den Gleichaltrigen. Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Entwicklung (körperlich und seelisch) und materieller Versorgung. Ernährungs- und Gesundheitsverhalten sind beeinträchtigt: Je knapper die sozioökonomischen Ressourcen, desto schlechter ist auch die Ernährung.¹¹⁵

Trotz belastender Lebenslagen gelingt es aber Kindern und Jugendlichen, davon unbeschadet eine normale persönliche Entwicklung zu nehmen. Dieses Phänomen wird in der Resilienzforschung untersucht, die die bestimmenden Faktoren für die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken erforscht.¹¹⁶

Auch emotionale Instabilität und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sind nicht selten Begleiterscheinungen von Armut und sozialer Ausgrenzung. Darunter leiden nicht zuletzt die Beziehungen zu Gleichaltrigen, die bereits durch den begrenzten Zugang zu materiellen Gütern und Freizeitaktivitäten erschwert werden. Beeinträchtigt werden auch die kognitive und sprachliche Entwicklung sowie die schulischen Leistungen von Kindern.¹¹⁷ Die Gründe, die zur Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern führen können, sind sehr vielschichtig. Häufig kommen individuelles Versagen, psychische Belastungen, mangelnde Bewältigungsstrategien sowie soziale und ökonomische Ursachen zusammen.¹¹⁸ Eltern, die gegen ihre Kinder Gewalt anwenden, haben häufig selbst in ihrer eigenen Kindheit Gewalt erfahren.

V.3 Familien und ihre Ressourcen im Lebensverlauf

Familien stehen im Alltag wiederkehrenden Entscheidungssituationen mit Blick auf Zeitverwendung, Erwerbsbeteiligung, Konsum, Vorsorge oder Ausbildungswege gegenüber. Sie benötigen ausreichende Ressourcen, um dabei als emotional und wirtschaftlich stabile Ge-

¹¹⁵ Kamensky, J.: Kinderarmut - Folgen für die Ernährung, in: Kamensky, J./Heusohn, S./Klemm, U.: Kindheit und Armut in Deutschland, Beiträge zur Analyse, Prävention und Intervention, Ulm 2000.

¹¹⁶ Balz, H.-J.: Prekäre Lebenslagen und Krisen - Strategien zur individuellen Bewältigung, in: Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung von Huster, E.-U./Boeckh, J./ Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.), Wiesbaden 2008, S. 419-437.

¹¹⁷ Vgl. Holz G./ Puhlmann A.: Alles schon entschieden? Wege und Lebenssituationen armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule. Zwischenbericht zur AWO-ISS-Längsschnittstudie, Frankfurt a. M. 2005, S. 31.

¹¹⁸ Siehe dazu Deutscher Bundestag Wissenschaftliche Dienste: Kindervernachlässigung, Aktueller Begriff Nr. 59/07, 2007, S. 2.

meinschaften die ihnen obliegenden Aufgaben und Funktionen erfüllen zu können. Zu den notwendigen Schlüsselressourcen gehören neben dem Einkommen Bildung, Erwerbstätigkeit, Gesundheit, Zeit, soziale Vernetzung, Wohnung sowie ein adäquates Wohnumfeld.¹¹⁹ Kinder sind insbesondere dann armutsgefährdet, wenn ihre Eltern arbeitslos sind oder wenn ihre Eltern zwar arbeiten, aber das Arbeitsentgelt nicht ausreicht, um den Unterhalt der gesamten Familie zu sichern.¹²⁰

Familien werden darüber hinaus in ihrer Biografie mit kritischen Übergängen und Brüchen konfrontiert. Wenn die Eltern nach einer Familiengründung bzw. nach der Geburt eines weiteren Kindes mittelfristig keine neue stabile Balance zwischen Erwerbs- und Familienarbeit finden, werden bestehende oder neu auftretende Armutsrisiken verstärkt. Wird im Falle von Arbeitslosigkeit, Trennung oder Scheidung keine neue familiäre Stabilität mit Unterhaltsleistungen oder wirtschaftlicher Unabhängigkeit gefunden, kann dies ebenso zu Armut und Ausgrenzung bzw. deren Verfestigung führen.¹²¹

V.3.1 Einkommen von Familienhaushalten¹²²

Einkommen

Das durchschnittliche Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen von Familien auf Basis der europaweit harmonisierten Erhebung EU-SILC beträgt nach den zuletzt verfügbaren Daten für das Jahr 2005 16.556 Euro. Damit verfügen Familien im Durchschnitt über ein annähernd so hohes Nettoäquivalenzeinkommen (96%) wie alle Haushalte in Deutschland. Alleinerziehenden-Haushalte und Haushalte mit drei und mehr Kindern weisen dabei im Durchschnitt mit etwa 77% bzw. 87% die niedrigste Einkommensposition auf. Dagegen haben Paare mit einem Kind eine überdurchschnittliche Position (106%).

¹¹⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Siebter Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit - Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik, Berlin 2005, S. 282.

¹²⁰ Gemeinsamer Bericht von Rat und EU-Kommission über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2008, S. 3.

¹²¹ Eine in besonderer Weise von Armut berührte Gruppe bilden von Gewalt betroffene Frauen. So ist ein hoher Anteil der Frauen, die vor Partnergewalt ins Frauenhaus fliehen, auf SGB-II-Leistungen angewiesen (46%); Frauenhauskoordinierung: Bewohnerinnenstatistik 2005, S. 3f.; vgl. dazu auch Kapitel XI Menschen in extremer Armut und begrenzt selbsthilfefähige Personen.

¹²² Dieser Abschnitt basiert unter anderem auf dem 2008 erschienenen Bericht des Sozialschutzausschusses in der EU: Child poverty and child well-being in the EU.

Tabelle V.2:

**Nettoäquivalenzeinkommen
nach Haushaltstypen 2005 in Euro/Jahr**

Alleinerziehende	Paar mit 1 Kind	Paar mit 2 Kindern	Paar mit 3 und mehr Kindern	insgesamt
13.245	18.225	16.785	14.997	16.556

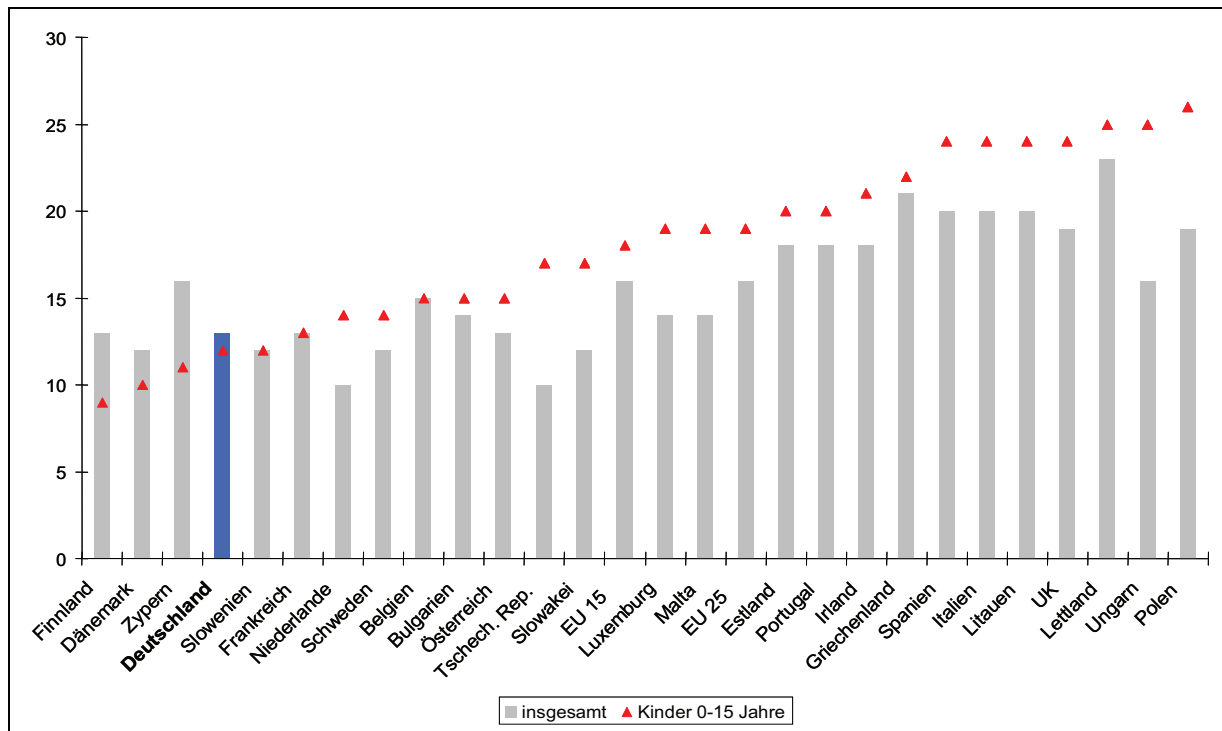
Quelle: EUROSTAT 2008, EU-SILC 2006

Armutsrisikoquote

Die Armutsrisikoquote von Kindern (**Kernindikator A.1.**), die hier in der Altersabgrenzung von 0 bis 15 Jahren betrachtet werden, lag 2005 nach den Ergebnissen von EU-SILC bei 12%, einen Prozentpunkt unter dem Wert für die Gesamtbevölkerung. Damit gehört Deutschland im europäischen Vergleich zu den Ländern mit der niedrigsten Armutsrisikoquote von Kindern.

Schaubild V.1:

**Armutsrisikoquoten der Gesamtbevölkerung
und von Kindern (0 bis 15 Jahre)
im EU-Vergleich 2005 in Prozent**



Quelle: EUROSTAT 2008, EU-SILC 2006

Nach den Daten des SOEP ist das Armutsrisiko von Kindern, anders als nach der europäischen Statistik, mit einem Unterschied von acht Prozentpunkten deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Ihr Armutsrisiko ist danach zwischen 2002 und 2005 mit vier Prozentpunkten auch stärker gestiegen als in der Gesamtbevölkerung (**Kernindikator A.1.**). Die Ursachen für die unterschiedlichen Befunde resultieren aus den verschiedenen Erhebungsdesigns und Einkommensbegriffen der Befragungen. So berücksichtigt z. B. das SOEP den Mietwert des selbst genutzten Wohneigentums als Einkommenskomponente und trifft besondere Vorkehrungen wie muttersprachliche Fragebögen, um Migranten besser einzubeziehen. EU-SILC erlaubt jedoch einen EU-Vergleich und seine Werte liegen nahe an denen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, die die Grundlage für den vorhergehenden Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung bildete. Trotz der Unterschiede im Niveau der Quote zeigt sich in beiden Datenquellen, dass Kinder vor allem dann von einem erhöhten Armutsrisiko betroffen sind, wenn sie in Alleinerziehenden-Haushalten oder in Haushalten mit geringer Erwerbsbeteiligung leben.

Tabelle V.3:

**Armutsrisikoquoten
nach Haushaltstypen 2005 in Prozent**

Allein- erziehende	Paar mit 1 Kind	Paar mit 2 Kindern	Paar mit 3 und mehr Kindern	insgesamt
24	8	9	13	11

Quelle: EUROSTAT 2008, EU-SILC 2006

Neben der Beschreibung von Kinderarmut auf der Grundlage des statistischen Risikos der relativen Einkommensarmut wird in Deutschland oft das soziokulturelle Existenzminimum, das dem SGB II und SGB XII zugrunde liegt, in der Armutsdiskussion verwendet. Dabei zeigt die Inanspruchnahme einer Transferleistung lediglich das Ausmaß, in dem Teile der Bevölkerung den zugesicherten Mindeststandard nur mit Unterstützung des Systems der sozialen Sicherung erreichen. Die SGB II-Statistik für Januar 2008 weist nach vorläufigen Angaben rund 1,8 Mio. Kinder unter 15 Jahren aus, die in 1,1 Mio. von insgesamt rund 3,5 Mio. Bedarfsgemeinschaften leben. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Rückgang von 2,1%. Die konjunkturelle Entwicklung sorgt also auch dafür, dass weniger Kinder von Sozialgeld abhängig sind. Allerdings greift der konjunkturell bedingte Trend rückläufiger Abhängigkeit von der Grundsicherung für Arbeitsuchende umso langsamer, je mehr Kinder vorhanden sind.

Reduzierung der Armutsgefährdung

Sozial- und familienpolitische Transferleistungen wie Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Sozialhilfe, Kindergeld, Kinderzuschlag, Wohngeld und Erziehungsgeld (ab 2007 Elterngeld) sowie der Un-

terhaltsvorschuss¹²³ reduzieren die relative Einkommensarmut von Familien deutlich. So senkt die Zahlung staatlicher Transferleistungen die Armutsgefährdungsquote von Kindern um fast zwei Drittel von 34% auf 12%.¹²⁴ Dies belegt zum einen die hohe Funktionsfähigkeit des gegenwärtigen Leistungsgefüges und zeigt gleichzeitig, wie unerlässlich es ist, soziale und familienpolitische Transferleistungen zu sichern und wirksam auszugestalten:

- **Wirksames Kindergeld**

Das Kindergeld gleicht etwa ein Drittel der durchschnittlich anfallenden Aufwendungen für ein Kind aus. Mit zunehmender Kinderzahl gewinnt dieser Ausgleich an Bedeutung für die Familien, weil Fixkosten in bestimmten Bereichen ansteigen. Zudem sinken die Möglichkeiten beider Elternteile, erwerbstätig zu sein, weil die entlastende Infrastruktur für Familien mit mehreren Kindergarten- und Schulkindern nicht voll entwickelt und aufeinander abgestimmt ist.¹²⁵ Heute schon hat das Kindergeld für rund 1,6 Mio. Kinder eine armutsreduzierende Wirkung. Insbesondere für Mehrkindfamilien und Alleinerziehende ist es bedeutsam.¹²⁶ Bei Alleinerziehenden macht das Kindergeld im Durchschnitt knapp 22% des Haushaltsnettoeinkommens aus. Bei Familien mit drei oder mehr Kindern liegt der Anteil des Kindergeldes am Haushaltseinkommen bei 15%.

- **Kinderzuschlag und Wohngeld**

Auch der Kinderzuschlag und das Wohngeld entfalten ihre armutsreduzierende Wirkung, insbesondere bei Paaren bzw. bei Alleinerziehenden mit zwei oder mehr Kindern.¹²⁷ Bei Alleinerziehenden und bei kinderreichen Familien erfüllen finanzielle Maßnahmen demnach die wichtige Funktion, geringe eigene Einkommen bzw. Unterhaltsleistungen zu ergänzen. Die politische Herausforderung besteht darin, durch Betreuungsangebote, Arbeitsvermittlung und Familienfreundlichkeit in Unternehmen die Erwerbs- und Verdienstchancen der betreffenden Familien zu stärken und gleichzeitig bei der gezielten finanziellen Förderung nicht nachzulassen.

- **Betreuungsangebote**

Die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung höhere Armutsgefährdung vor Sozialtransfers von Kindern weist auch auf die Notwendigkeit des Ausbaus der Betreuungsangebote für Kleinkinder hin, um neben der frühen Förderung von Kindern auch die Erwerbschancen von Eltern und damit deren Marktposition zu stärken. Über die Hälfte der Familienbedarfsgemeinschaften im

¹²³ Unterhaltsvorschuss nach dem Unterhaltsvorschussgesetz wird anstelle fehlender oder zu geringer Unterhaltszahlungen des unterhaltsverpflichteten Elternteils maximal 72 Monate und längstens bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres eines Kindes gezahlt.

¹²⁴ Westdeutschland: Reduzierung von 29,7 auf 11,1%; Ostdeutschland und Berlin: Reduzierung von 47,5 auf 17,1% (EU-SILC 2006).

¹²⁵ Siehe dazu Abschnitt V.3.1 Einkommen von Familienhaushalten.

¹²⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Arbeitsbericht „Zukunft für Familie“, Kompetenzzentrum für familienbezogene Leistungen im BMFSFJ, Berlin 2008, S. 65.

¹²⁷ BMFSFJ 2008, a.a.O., S. 47/48.

SGB II sind Alleinerziehende mit Kindern. An dieser Gruppe zeigt sich deutlich, dass neben der finanziellen Grundsicherung insbesondere eine gezielte Förderung und Vermittlung in Arbeit und Ausbildung sowie die Bereitstellung unterstützender Hilfen wie Beratung und Kinderbetreuung von erheblicher Bedeutung sind.¹²⁸

V.3.2 Familie und Erwerbstätigkeit

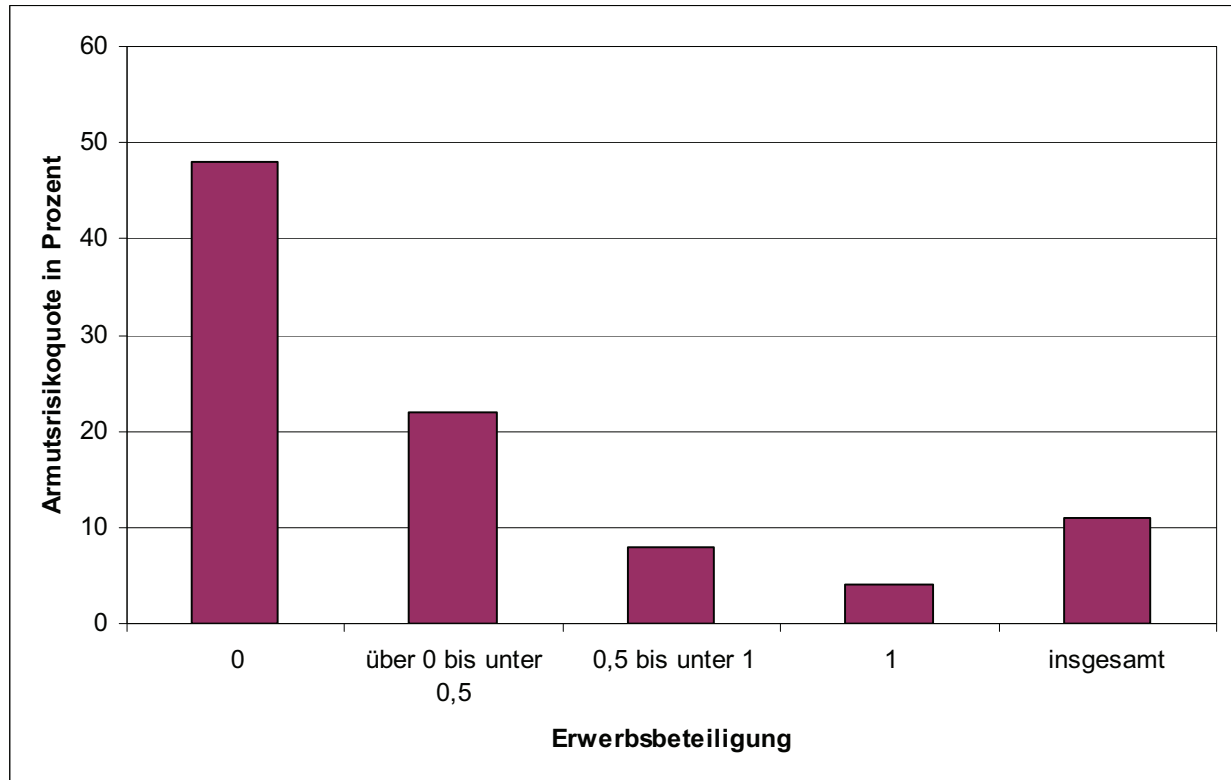
Die Höhe des Erwerbseinkommens bestimmt maßgeblich die wirtschaftliche und materielle Situation von Familien und hat nachweislich Einfluss auf andere Dimensionen wie Gesundheit, Bildung und Wohnen. So ist das Armutsrisiko von Familien (und Kindern) in starkem Maße davon abhängig, ob und wie viele Bezieher von Erwerbseinkommen im Haushalt leben. Paar-Familien mit einem oder zwei Kindern und Haushalte, in denen zumindest ein Mitglied im erwerbsfähigen Alter einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht, haben ein vergleichsweise niedriges Armutsrisiko. In Anbetracht der hohen Arbeitslosigkeit verzeichnete Deutschland im EU-Vergleich 2005 auch einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Kindern, die in Erwerbslosenhaushalten leben. 48% dieser Haushalte verfügten über ein Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle. Daten auf der Basis des SOEP zeigen, dass der Anteil der Kinder unter 18 Jahren, die in Haushalten ohne Vollzeitbeschäftigten leben, von 17% im Jahr 1995 auf 30% im Jahr 2005 angestiegen ist.¹²⁹ Das folgende Schaubild zeigt, dass mit der Aufnahme einer Vollzeitbeschäftigung durch ein oder mehrere erwerbsfähige Haushaltsmitglieder die Armutsgefährdung von Familien mit Kindern von 48% auf 8% bzw. 4% sinkt.

¹²⁸ Vgl. dazu Deutsches Jugendinstitut: Unterstützung für Alleinerziehende - Arbeitsmarktintegration und soziale Teilhabe. Ein kommunales Handlungskonzept, Nürnberg/München 2005.

¹²⁹ Prognos/Fraunhofer Institut (FIT): Berechnungen auf der Basis der SOEP-Wellen 1995 - 2006 für das Kompetenzzentrum für Familienbezogene Leistungen, 2008, unveröffentlichtes Manuskript.

Schaubild V.2:

**Armutsrisikoquoten von Haushalten mit Kindern
nach Erwerbsbeteiligung¹⁾ 2005 in Prozent**



- 1) Der Vollzeitbeschäftigung aller Haushaltsmitglieder im erwerbsfähigen Alter entspricht der Faktor 1. Bei einer Erwerbsbeteiligung von 0 geht kein Haushaltsmitglied im erwerbsfähigen Alter einer Beschäftigung nach. Bei 0,5 ist z. B. einer von zwei erwerbsfähigen Haushaltsmitgliedern vollzeiterwerbstätig oder beide halbtags.

Quelle: EUROSTAT 2008, EU-SILC 2006

Aber auch eine Vollzeitbeschäftigung schützt Familien nicht immer vor Einkommensarmut. Zu den Beziehern von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) zählen in zunehmendem Maße auch Eltern mit einem zur Deckung des gesamten Familienbedarfs nicht ausreichenden Erwerbseinkommen. Im Januar 2007 erzielten 226.000 (34%) der Paare mit Kindern mit Arbeitslosengeld II ein Bruttoeinkommen aus Erwerbstätigkeit von 400 Euro oder mehr. Bei den Alleinerziehenden lag dieser Anteil bei 12% bzw. die Zahl bei 82.000. 800 Euro und mehr verdienten im Januar 2007 167.000 bzw. 25% der Paare mit Kindern und 40.000 Alleinerziehende (knapp 6%).

Das nach wie vor vorherrschende Lebensmodell von Familien in Deutschland ist dadurch gekennzeichnet, dass nach dem Mutterschutz in der Regel die Mutter ihre Erwerbstätigkeit zumindest zeitweise unterbricht oder einschränkt, um die Kinderbetreuung zu übernehmen.¹³⁰ Es be-

¹³⁰ BMFSFJ 2005, a. a. O., S. 289 u. 317; sowie Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): Kinderwünsche in Deutschland. Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik, Stuttgart 2006, S. 56.

steht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Erwerbstätigkeit von Müttern und dem Alter des jüngsten Kindes sowie der Anzahl der Kinder.

Tabelle V.4:

**Erwerbstätigkeit von Frauen im Alter von 20 bis 49 Jahren
nach Zahl der Kinder**

	ohne Kinder	ein Kind	zwei Kinder	drei und mehr Kinder
Erwerbstätigenquote (%)	77	65	58	41
Teilzeitquote (%)	28	61	76	78

Quelle: European Labour Force Survey 2005

Mütter mit Kindern ab sechs Jahren sind mit 34% nur halb so oft nicht erwerbstätig wie Mütter mit kleineren Kindern (62%).

Tabelle V.5:

Erwerbstätigkeit von Müttern nach Alter der Kinder 2005

Alter des jüngsten Kindes	Vollzeit in %	Teilzeit in %	Nicht Erwerbstätige	Zusammen¹³¹
Mit Kindern unter 3 Jahren	12	21	62	100
Mit Kindern ab 6 Jahren	17	48	34	100
Mit Kindern unter 15 Jahren	22	49	28	100

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

Eine Unterbrechung der Erwerbstätigkeit reduziert zunächst das Familieneinkommen bei gleichzeitig erhöhtem finanziellem Bedarf. Auf den Umstand, dass sich materielle Anforderungen und verfügbare Einkommen von Familien gerade in der Phase nach der Familiengründung nicht entsprechen, hat der Gesetzgeber mit der Einführung des Elterngeldes zum 1. Januar 2007 reagiert.¹³²

Die gesetzlich verankerte Elternzeit ermöglicht es, sich bis zu drei Jahre von Erwerbsarbeit entlastet der Familie und Kindererziehung zu widmen. Eine so lange Auszeit birgt aber auch das

¹³¹ Der Mikrozensus gibt als zusätzliche Gruppe auch „vorübergehend Beurlaubte“ an.

¹³² Vgl. dazu auch BMFSFJ 2005, a. a. O.

Risiko, den Wiedereinstieg in den Beruf zu erschweren und berufliche Qualifikationen mit der Zeit zu entwerten. Fehlt es an familienfreundlichen Arbeitsbedingungen in Unternehmen und adäquaten Betreuungsangeboten für Kinder, werden zumeist die Mütter von einer beruflichen Entwicklung im Unternehmen ausgeschlossen.

Im Falle einer Trennung oder Scheidung kann es sich als Armutsrisiko erweisen, wenn der Trennung eine längere Phase der Nicht-Erwerbstätigkeit vorangeht. Mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten erschweren die Bewältigung dieses Umbruchs. Verschärft wird die Problematik, wenn Unterhaltszahlungen durch den anderen Elternteil nicht geleistet werden, auch wenn die Betroffenen Unterhaltsvorschussleistungen erhalten. Insbesondere Alleinerziehende zählen weit überproportional zu den Beziehern/Bezieherinnen von staatlicher Grundsicherungsleistung.

V.3.3 Kindertagesbetreuung und frühkindliche Förderung

Bildung beginnt in der frühen Kindheit. Die Erziehung und Förderung ihrer Kinder ist das Recht und die Pflicht der Eltern. Dort, wo den Familien die notwendigen Ressourcen hierfür nicht zur Verfügung stehen, ist es Aufgabe von Staat und Gesellschaft, Angebote zur Betreuung und Bildung von Kindern bereitzustellen und Alltags-, Familien- und Erziehungskompetenzen zu vermitteln. Sprachfähigkeit, soziale Kompetenzen und elementare Grundfertigkeiten werden bereits in den ersten Lebensjahren vor dem Übergang zur Schule vermittelt. Der Besuch einer Kindertagesstätte hat nachweislich positiven Einfluss auf den Zugang zur Grundschule.¹³³

Eltern mit einem niedrigen Qualifikationsniveau fällt es aufgrund fehlender eigener Erfahrungen deutlich schwerer als anderen, ihre Kinder im Schulalltag zu unterstützen.¹³⁴ Dies macht sich bereits vor dem Schuleintritt in der Sprachentwicklung der Kinder bemerkbar. Die Verwirklichungschancen der Kinder aus bildungsfernen Familien sind dadurch oftmals schon in der Grundschule geringer. Zudem schaffen sie seltener den Übergang auf das Gymnasium.¹³⁵ Dieser Zusammenhang gilt besonders häufig für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.¹³⁶ Das Vorhandensein einer qualitativ hochwertigen Infrastruktur für die frühe Bildung und Betreuung von Kindern, eine bessere individuelle schulische Förderung sowie Angebote zur Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern sind deshalb unverzichtbar, um Familien bei der Erziehung und Bildung ihrer Kinder zu unterstützen.

¹³³ Holz G./ Puhlmann A. : Alles schon entschieden? Wege und Lebenssituationen armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule. Zwischenbericht zur AWO-ISS-Längsschnittstudie, Frankfurt a.M. 2005, S. 79.

¹³⁴ Bertram, H.: Zur Lage der Kinder in Deutschland. Politik für Kinder als Zukunftsgestaltung, Innocenti Working Paper 2006-02, Innocenti Research Centre, Florenz 2006, S. 20.

¹³⁵ Holz, G./Richter, A./Wüstendörfer, W./Giering, D.: Zukunftschancen für Kinder. Wirkungen von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit, Frankfurt a. M. 2005, S. 85; sowie World Vision 2007, a. a. O., S. 5. Siehe auch Kapitel III Bildungschancen.

¹³⁶ Bertram 2006, a. a. O., S. 20; siehe dazu auch ausführlich Kapitel IX Menschen mit Migrationshintergrund, Abschnitt IX.3 Bildungschancen.

Mit dem 2005 in Kraft getretenen Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG) soll die Betreuungsquote für Kinder unter drei Jahren erhöht werden. Sie lag 2007 in Ostdeutschland bei 41,0% und in Westdeutschland bei 9,9% und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (mit 39,7% in Ost- und 8,0% in Westdeutschland) leicht angestiegen.¹³⁷ Zum Stichtag 15. März 2007 wurden bundesweit 321.323 Kinder unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege betreut (**Kernindikator Q.4.**). Dies entspricht einer Betreuungsquote (Zahl der Kinder in Kindertagesbetreuung an allen Kindern) von 15,5%.

Das europäische Ziel einer Betreuungsquote für Kindergartenkinder ab drei Jahren von 90% wird in Deutschland knapp erreicht (2007: Bund 89,3%, Westdeutschland: 88,4%, Ostdeutschland: 94,1%; jeweils ohne Berlin). Außerschulische Betreuung in einem Hort bzw. bei einer Tagesmutter oder einem Tagesvater wurde im März 2007 von knapp jedem fünften Kind bis zehn Jahren in Anspruch genommen (19,4%). Ganztagsangebote im schulischen Bereich nahmen nicht zuletzt seit dem Investitionsprogramm zum Auf- und Ausbau von Ganztagschulen deutlich zu. Im Schuljahr 2006/2007 nahmen 12,7 % der Schüler/-innen in Grundschulen am Ganztagsschulbetrieb teil, während es 2002/2003 nur 4,2% waren (**Kernindikator Q.4.**).¹³⁸

V.3.4 Konsum und soziale Teilhabe

Mit der Erziehung von Kindern sind erhebliche materielle Aufwendungen verbunden, die sich im Lebensverlauf verändern und mit dem Alter des Kindes ansteigen.¹³⁹ Bei Paaren mit drei Kindern sowie bei Alleinerziehenden mit zwei Kindern deckt das Kindergeld mehr als ein Drittel der durchschnittlichen Ausgaben für Kinder.¹⁴⁰ Höhe und Struktur der Aufwendungen differieren erheblich nach Alter des Kindes und nach Familieneinkommen. Verbrauchsanalysen belegen, dass Eltern mit niedrigem Einkommen zuerst an ihren eigenen Bedürfnissen sparen, bevor sie Einschnitte bei denen ihrer Kinder machen. Familien mit niedrigem Einkommen verzichten so beispielsweise auf Urlaubsreisen und sparen insbesondere an kulturellen und Bildungsangeboten.¹⁴¹ Materielle Unterversorgung von Kindern in Bezug auf die Grundbedarfe steht dagegen meist erst am Ende einer längeren Phase der Einkommensarmut, etwa beim Durchlaufen einer Überschuldungsspirale.¹⁴² Kinder aus besser gestellten Familien hingegen haben deutlich mehr eigenes Geld zur Verfügung als Kinder aus einkommensschwachen Familien. Dies macht den

¹³⁷ Statistisches Bundesamt : Ergebnisse der Statistiken der Kindertagesbetreuung, Wiesbaden 2007.

¹³⁸ Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland: Allgemein bildende Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland - Statistik 2002 bis 2006, Bonn 2008, S. 11.

¹³⁹ Münnich, M.: Einkommensverhältnisse von Familienhaushalten und ihre Ausgaben für Kinder. Berechnungen auf der Grundlage der Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003, in: Wirtschaft und Statistik 6., Wiesbaden 2006, S. 644-670.

¹⁴⁰ Prognos/ Fraunhofer Institut FIT, 2008, a. a. O.; sowie auf der Basis von Münnich, M. 2006, a. a. O.

¹⁴¹ Münnich, M. 2006, a. a. O.

¹⁴² Siehe dazu ausführlich Kapitel II Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung, Abschnitt II.3 Überschuldung.

betroffenen Kindern ihre Ausgrenzung im Alltag aufgrund der daraus resultierenden eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten sehr deutlich.¹⁴³

V.3.5 Zeit und soziale Ressourcen

Familienhaushalte haben einen besonderen Zeitbedarf – für Familienarbeit, Erwerbsarbeit, Hausarbeit oder für soziales Engagement. Bei einem guten Zeitmanagement in der Familie kommt es darauf an, Zeit sinnvoll einzuteilen, produktiv einzusetzen und vorausschauend zu planen. Haushalte, die in mehrfacher Hinsicht von Armutsrisiken betroffen sind, insbesondere durch Bildungsarmut und langfristige Arbeitslosigkeit, verfügen über ein geringeres haushaltsbezogenes Wissen und weniger Kompetenzen, die zu einem ökonomischen Umgang mit ihren Zeitressourcen befähigen.

Für Haushalte und Kinder mit Armutsrisiko lässt sich häufig auch eine geringere soziale Vernetzung feststellen.¹⁴⁴ Mit dem sozioökonomischen Status einer Familie sinkt beispielsweise die Zahl der Freizeitaktivitäten des Kindes. Jedes sechste Kind (16%) aus einkommensarmen Familien gibt an, weniger als drei Aktivitäten in seiner Freizeit auszuüben. Von den Kindern aus nicht einkommensarmen Familien tut dies knapp jedes zehnte Kind (9%).¹⁴⁵ Diese Kinder bringen z. B. seltener Freunde mit nach Hause oder feiern seltener ihren Geburtstag.¹⁴⁶ Doch gerade aus der Beteiligung an einem Netz sozialer Beziehungen, das Kontakte, Unterstützung und Hilfe bietet, entstehen Freiräume, aus denen eigene Teilhabechancen erwachsen können. Diese sozialen Netzwerke können gerade im Bereich Kinderbetreuung und Pflege Bedarfe auffangen, Familien unterstützen und auf diese Weise auch Zeitknappheit mildern.

V.3.6 Regionale Gegebenheiten und Wohnumfeld

Hinter den durchschnittlichen Werten der Armutsindikatoren verbergen sich regional sehr unterschiedliche Ergebnisse. Neben länderspezifischen Unterschieden mit Blick auf den Arbeitsmarkt, die Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur, die Betreuungsichte für Kleinkinder, das Schulsystem und Vergünstigungen für einkommensschwache Familien beeinflussen auch die örtlichen Strukturen im ländlichen oder städtischen Raum die Möglichkeiten der Familien, Kindern gesellschaftliche Teilhabechancen zu eröffnen.¹⁴⁷

¹⁴³ Bauer, R./ Höhn, I.: Kids-Verbraucher-Analyse 2007, Egmont Ehapa Verlag GmbH (Hrsg.), Berlin 2007. Vgl. dazu auch World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.): 1. World Vision Kinderstudie: Kinder in Deutschland 2007, Friedrichsdorf 2007, S. 2.

¹⁴⁴ BMFSFJ 2005, a. a. O., S. 303.

¹⁴⁵ Teubner, M.: Familie und Familienleben. Deskription der Daten der ersten Welle, DJI Kinderpanel, München 2006, S. 13; „Der Anteil von Kindern, der oft alleine bzw. mit Freunden vor dem Fernsehapparat sitzt, ist in niedrigen sozialen Schichten nahezu doppelt so hoch wie in höheren Schichten“ (S. 16).

¹⁴⁶ Holz, G./Richter, A./Wüstendörfer, W./Giering, D. 2005, a. a. O., S. 76.

¹⁴⁷ Bertram, H. 2006, a. a. O., S. 14 ff. sowie S. 36.

Bezieher niedriger Einkommen leben häufiger in Räumlichkeiten mit baulichen Mängeln, Lärm-belästigung und Gesundheitsbeeinträchtigung sowie belasteten Nachbarschaften. Dabei zeigt sich, dass die Kinder aus den Stadtstaaten aufgrund der dort kumulierenden Problemlagen im Hinblick auf die Lebensbedingungen vergleichsweise stark benachteiligt sein können.¹⁴⁸ In Wohngegenden und Stadtquartieren, in denen tendenziell einkommensschwächere Familien leben, fehlt es nicht selten an kostenlos zugänglichen Räumen für Kinder.¹⁴⁹ Wenn in Folge einer Trennung der Umzug in eine preisgünstigere Wohnung erforderlich wird, so kann das Ver-lassen des gewohnten Umfeldes nicht nur zu einem Bruch der bestehenden soziale Netzwerke führen. Durch das schlechtere soziale Umfeld in der preisgünstigeren Wohngegend kann es darüber hinaus zu weiteren Beeinträchtigungen der Entwicklungschancen kommen.¹⁵⁰

Die regionale Verteilung von Armutsrisiken, Ursachenfaktoren und Begleiterscheinungen von Familien- und Kinderarmut machen deutlich, dass regional differenzierte, auf lokale Problem-strukturen zugeschnittene Herangehensweisen erforderlich sind, um eine Präventions- und Hilfsangebotskette von der Geburt bis zum Berufseinstieg aufeinander abstimmen zu können.

¹⁴⁸ Ebd.

¹⁴⁹ Beisenherz, G.: Familie und Freizeit. http://www.dji.de/cgi-bin/inklude.php?inklude=kinderpanel/highlights/Familie_Freizeit.htm (ohne Jahresangabe).

¹⁵⁰ Siehe hierzu ausführlich Kapitel VII Wohnen.

V.4 Zusammenfassung: Familie und Kinder

Die Familie in den unterschiedlichsten Formen familiären Zusammenlebens ist ein Grundpfeiler der Gesellschaft. Erfreulicherweise gab es seit zehn Jahren im Jahr 2007 erstmalig mehr Geburten als im Vorjahr. Mehr als drei Viertel aller Kinder wachsen nach wie vor in einer Familie mit verheirateten Eltern auf. Die Zahl und der Anteil der Kinder bei Alleinerziehenden und bei Lebensgemeinschaften nehmen jedoch stetig zu.

Die große Mehrzahl der Familien bewältigt ihr Leben und lebt in sicheren materiellen Verhältnissen. Kinder sind vor allem dann von einem Armutsrisiko betroffen, wenn sie in Alleinerziehenden-Haushalten, in Haushalten mit geringer Erwerbsbeteiligung oder mit mehreren Kindern aufwachsen. Nach den Daten des Sozio-oekonomischen Panels ist das Armutsrisiko von Kindern deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung und in den letzten Jahren auch stärker gestiegen. Die aktuelle amtliche Statistik weist dagegen für Kinder von 0 bis 15 Jahren im Jahr 2005 eine Armutsrisikoquote von 12% und ein im europäischen Vergleich niedriges Niveau aus. Durch die Zahlung staatlicher Transferleistungen wird die Armutsrisikoquote von Kindern um fast zwei Drittel von 34% auf 12% gesenkt. Die SGB II-Statistik für Januar 2008 weist nach vorläufigen Angaben rund 1,8 Mio. Kinder unter 15 Jahren aus, die in rund 1,1 Mio. von insgesamt rund 3,5 Mio. Bedarfsgemeinschaften leben. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Rückgang von 2,1%.

Das Armutsrisiko von Familienhaushalten ist in starkem Maße davon abhängig, ob und wie viele Bezieher von Erwerbseinkommen im Haushalt leben. In Anbetracht der hohen Arbeitslosigkeit verzeichnete Deutschland im EU-Vergleich 2005 auch einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Kindern, die in Erwerbslosenhaushalten leben. 48% dieser Haushalte verfügten über ein Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle. Mit der Aufnahme einer Vollzeitbeschäftigung durch ein oder mehrere erwerbsfähige Haushaltmitglieder sinkt die Armutsgefährdung auf 8% bzw. 4%. Eine gezielte Förderung und Vermittlung in Arbeit und Ausbildung sowie die Bereitstellung unterstützender Hilfen wie Beratung und Kinderbetreuung sind daher von erheblicher Bedeutung.

Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und insbesondere die Erwerbsbeteiligung von Frauen zu stärken und um Chancengleichheit von Anfang an für alle Kinder zu ermöglichen, wurde mit dem 2005 in Kraft getretenen Tagesbetreuungsausbaugesetz die Betreuungsquote für Kinder unter drei Jahren erhöht. Sie beträgt 2007 im Osten 41,0% und im Westen 9,9% (Deutschland 15,5%). Im Vorjahr betrug die Betreuungsquote im Osten Deutschlands 39,7% und im Westen 8,0%. Ganztagsangebote im schulischen Bereich nahmen zu Beginn des Schuljahres 2006/2007 bereits 12,7% der Schüler/-innen von Grundschulen wahr, während es 2002 nur etwa 4,2% waren. Das Investitionsprogramm „Zukunft Bildung und Betreuung“, mit dem der Bund die Länder beim bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von Ganztagschulen bis 2009 unterstützt, hat hier Erfolge gezeigt.

Armutsrisiken in Familien beschränken sich aber nicht allein auf unzureichende finanzielle Mittel. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich zusätzlich Entwicklungsdefizite, Unterversorgung mit der Folge gesundheitlicher Probleme und soziale Benachteiligungen. Die Verwirklichungschancen von Kindern aus bildungsfernen Familien bleiben oft schon in der Grundschule hinter denen anderer Kinder zurück. Dieser Zusammenhang gilt besonders häufig für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Das Vorhandensein einer qualitativ hochwertigen Infrastruktur für die frühe Bildung und Betreuung von Kindern sowie Angebote zur Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern sind deshalb unverzichtbar, um die Familien bei der Erziehung und Bildung ihrer Kinder zu unterstützen.

VI. Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit

Auch in einem hoch entwickelten Sozialstaat wie Deutschland lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage feststellen. Einerseits wird ein Teil der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken durch die Bildung, das Wohn- und Arbeitsumfeld und die erzielte Einkommensposition beeinflusst. Gesundheitsstörungen und Krankheiten, insbesondere wenn sie länger andauern, können sich andererseits nachteilig auf die Bildungs-, Erwerbs-, und Einkommenschancen auswirken und die gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigen. Von gesundheitlichen Belastungen sind aber nicht allein die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen betroffen. Auch zwischen Personen mit mittlerem und höherem sozialen Status sind Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken festzustellen.¹⁵¹

VI.1 Lebenslagen und gesundheitliche Situation¹⁵²

Bildung hat auf die Gesundheit verschiedene Auswirkungen. Durch den engen Zusammenhang zwischen formalen Bildungsabschlüssen und der Stellung in der Arbeitswelt ergeben sich Bezüge zu berufsbezogenen Belastungen und Entwicklungsmöglichkeiten sowie zur Einkommenssituation. Bildung drückt sich außerdem in Wissen und Handlungskompetenz aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungssituationen unterstützen. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen entwickeln.

Empirische Ergebnisse liegen vor allem für den Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der Gesundheit vor. Männer mit niedriger Schulbildung haben zu 34% einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand im Vergleich zu 51% derjenigen mit mittlerer und 57% derjenigen mit hoher Schulbildung.¹⁵³ Für Frauen betragen die Vergleichswerte 30% in der niedrigen, 47% in der mittleren und 53% in der hohen Bildungsgruppe. Der Anteil der Männer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe um den Faktor 3,1 und bei Frauen um den Faktor 1,8 erhöht.

Bildung hat dabei auch unabhängig von der Einkommenssituation einen Einfluss auf die Gesundheit. Nach Eliminierung von Einkommens- und Altersunterschieden ist der Anteil der Männer und Frauen mit einer guten bzw. sehr guten Gesundheit in der höchsten im Vergleich zur

¹⁵¹ Die nachfolgenden Ausführungen basieren in weiten Teilen auf einer Expertise des Robert Koch-Instituts. Vgl. Lampert, T./Hagen, C./Dunkelberg, A./Kroll, L. E./Ziese, T.: Lebenslagen und Gesundheit, Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin 2008, im Erscheinen.

¹⁵² Die Aussagen zum Gesundheitszustand basieren auf den Befragungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2006, soweit nichts anderes vermerkt ist.

¹⁵³ Niedrige Schulbildung: kein Schulabschluss oder Volks-/Hauptschulabschluss; mittlere Schulbildung: Mittlere Reife oder Abschluss der Polytechnischen Oberschule (POS); hohe Schulbildung: Fachhochschulreife, allgemeine Hochschulreife oder Abschluss der Erweiterten Oberschule (EOS).

niedrigsten Bildungsgruppe immer noch um das 2- bzw. 1,8-fache erhöht. Außerdem zeigt sich, dass eine hohe Bildung den Zusammenhang zwischen einer monetären Armutslage und der Gesundheit deutlich abschwächt. So haben Personen mit höherer Schulbildung innerhalb der Armutsrisikogruppe einen besseren Gesundheitszustand als diejenigen mit einer niedrigen Schulbildung.

Darüber hinaus zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Schulbildung und dem Auftreten spezifischer Krankheiten. Die Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2006 bestätigen dies beispielsweise für das Schlaganfallrisiko, das bei Männern und Frauen aus der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe um den Faktor drei erhöht ist. Außerdem kommen bei ihnen Diabetes mellitus Typ II und chronische Rückenschmerzen etwa 1,5-mal häufiger vor. Für Männer lassen sich außerdem Bildungsunterschiede im Auftreten von Arthrose und Arthritis beobachten. Bei Frauen nimmt die Auftretenswahrscheinlichkeit von Hypertonie, Angina pectoris und Krebserkrankungen in der niedrigsten Bildungsgruppe zu. Zu den wenigen Krankheiten, die in den höheren Bildungsgruppen vermehrt vorkommen, zählen Heuschnupfen und Neurodermitis. Von starken körperlichen Schmerzen sind Männer mit niedriger Schulbildung doppelt so häufig betroffen wie diejenigen mit hoher Schulbildung. Bei Frauen zeigt sich in der niedrigsten Bildungsgruppe sogar eine um das 3,2-fache erhöhte Schmerzprävalenz. Hierbei lässt sich feststellen, dass die Unterschiede in der Krankheitsbelastung nach dem Grad der Bildung im mittleren Lebensabschnitt besonders stark ausgeprägt sind.

Der hohe Stellenwert der Bildung auch für das Gesundheitsverhalten zeigt sich anhand der Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2006. Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsniveau rauchen häufiger. Sie rauchen häufiger stark und geben seltener das Rauchen wieder auf. Sie treiben weniger Sport und sind zu einem höheren Anteil übergewichtig. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil, gekennzeichnet durch Nichtrauchen und sportliche Betätigung bei nicht erhöhtem Körpergewicht, ist bei Männern und Frauen mit niedriger Bildung zweimal seltener anzutreffen als bei denjenigen mit hoher Bildung. Bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten wie Gripeschutzimpfung, Gesundheits-Check-up und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zeichnen sich keine bedeutsamen Bildungsunterschiede ab.

VI.1.1 Arbeitsumfeld und Gesundheit

Gesundheitszustand und Gesundheitsrisiken werden durch den beruflichen Status, Branchen- und Berufsgruppenzugehörigkeit¹⁵⁴, Arbeitszeitregelungen und Arbeitsschutzbestimmungen beeinflusst.

¹⁵⁴ Es werden auf Basis der Stellung im Beruf drei Gruppen unterschieden: Niedriger Berufsstatus: un- und angelernte Arbeiter; mittlerer Berufsstatus: gelernte Arbeiter und Facharbeiter, Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit, Beamte im einfachen oder mittleren Dienst, selbständige Landwirte, Vorarbeiter und Kolonnenführer, akademisch freie Berufe und Selbständige (mit höchstens einem Mitarbeiter), mithelfende Familienangehörige; hoher Berufsstatus: Meister und Poliere, Industrie- und Werkmeister, Angestellte mit hoch qualifizier-

Mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2006 lässt sich zeigen, dass 59% der Männer mit hohem und 44% der Männer mit niedrigem beruflichem Status einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand haben. Bei Frauen fällt dieser Unterschied mit 53% gegenüber 39% ähnlich aus. Auch der Anteil der Erwerbstätigen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen variiert mit dem beruflichen Status. Unter Berücksichtigung der Altersvariationen lässt sich sagen, dass Männer aus der niedrigsten im Vergleich zu denjenigen aus der höchsten Berufsstatusgruppe fast dreimal und Frauen fast fünfmal häufiger gesundheitlich beeinträchtigt sind.

Eine wichtige Quelle für berufsbedingte Belastungen der Gesundheit ist die Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes und die Zufriedenheit mit dem Beruf. Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2006 zeigen einen deutlichen Unterschied zwischen den Gruppen mit hohem und niedrigem Berufsstatus. So machen sich 33% der Männer und 30% der Frauen mit niedrigem Berufsstatus große Sorgen um den eigenen Arbeitsplatz. Unter den Männern und Frauen mit hohem Berufsstatus sind es hingegen lediglich 10% bzw. 7%.

VI.1.2 Einkommenslage und Gesundheit

Einkommensbedingter niedriger Lebensstandard und die daraus resultierenden eingeschränkten Konsum- und Pflegemöglichkeiten haben Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand. Darüber hinaus spielen Stressbelastungen infolge von finanziellen Notlagen und damit verbundene Zukunftsängste, Ausgrenzungserfahrungen sowie soziale Vergleichsprozesse eine Rolle.

Nach den Daten des SOEP für das Jahr 2006 weicht der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut beschreiben und keinerlei gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag sowie keine amtlich anerkannte Schwerbehinderung haben, in der niedrigsten Einkommensgruppe¹⁵⁵ mit 39% deutlich von der höchsten Einkommensgruppe mit 53% ab. Unter Berücksichtigung von Altersunterschieden in der Zusammensetzung der Einkommensgruppen lässt sich die Aussage treffen, dass ein monetäres Armutsrisiko die Chance auf einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand etwa halbiert.

ter Tätigkeit oder umfassenden Führungsaufgaben, Beamte im gehobenen und höheren Dienst sowie Richter, akademisch freie Berufe und Selbständige (mehr als ein Mitarbeiter). Nach Daten des SOEP 2006 liegt der Anteil der Erwerbstätigen mit niedrigem Berufsstatus bei 14%, mit mittlerem bei 61% und mit hohem Berufsstatus bei 25%. Vgl. Definition bei Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P.: Stellung im Beruf als Ersatz für eine Berufsklassifikation zur Ermittlung von sozialem Prestige, ZUMA-Nachrichten 53, Mannheim 2003, S. 114-127.

¹⁵⁵ Ausgehend vom Netto-Äquivalenzeinkommen (neue OECD-Skala) werden fünf Einkommensgruppen unterschieden: unter 60% (Armutsrisiko), 60% bis unter 80%, 80% bis unter 100%, 100% bis unter 150%, 150% und mehr des gesellschaftlichen Mittelwertes (Median).

Noch deutlicher fallen die Unterschiede aus, wenn der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrachtet wird (**Kernindikator A.3**).¹⁵⁶ Für Männer aus der Armutsrisikogruppe zeigt sich eine um fast das Fünffache, bei Frauen eine um fast das Dreifache erhöhte Quote für gesundheitliche Beeinträchtigungen gegenüber denjenigen aus der höchsten Einkommensgruppe. Auch Personen in den mittleren Einkommensgruppen sind im Verhältnis zu denjenigen in der höchsten Einkommensgruppe (150% und mehr des Medians des Netto-Äquivalenzeinkommens) häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen. Zu beachten ist, dass es eine Wechselwirkung zwischen Gesundheitszustand und Einkommensniveau insofern gibt, als gesundheitlich beeinträchtigte Menschen schlechtere Arbeitsmarktchancen und daher niedrigere Einkommen haben.

Daten der Betriebskrankenkassen (BKK) für das Jahr 2005 liefern Hinweise auf die unterschiedliche Krankheitsbelastung von pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten.¹⁵⁷ Pflichtversicherte Männer waren mit durchschnittlich 13 Tagen deutlich häufiger arbeitsunfähig als freiwillig versicherte Männer mit sechs Tagen. Bei Frauen fällt die Differenz mit zwölf Tagen gegenüber sechs Tagen etwas geringer aus. Besonders große Unterschiede zeigen sich bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Störungen, Krankheiten der Verdauungsorgane sowie Verletzungen und Vergiftungen.¹⁵⁸ Die erhöhte Krankheitsbelastung der einkommensniedrigen Gruppen korrespondiert mit einer stärkeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Wie Analysen mit dem Sozio-oekonomischen Panel 2006 belegen, suchen Männer aus der Armutsrisikogruppe im Vergleich zu denen aus der höchsten Einkommensgruppe 2,5-mal häufiger einen Arzt oder Ärztin auf und sind länger im Krankenhaus.

Einkommensunterschiede sind auch beim Tabakkonsum und bei der Ernährung festzustellen. Nach Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2006 rauchen trotz der vorausgegangenen Tabaksteuererhöhung 44% der Männer und 34% der Frauen aus der niedrigsten Einkommensgruppe im Vergleich zu 29% der Männer und 25% der Frauen aus der höchsten. Dass sie auf eine gesunde Ernährung achten, trifft laut Sozio-oekonomischem Panel 2006 auf 35% der armutsgefährdeten Männer und 49% der Frauen zu. In der höchsten Einkommensgruppe liegen diese Anteile mit 44% bzw. 64% deutlich höher.

¹⁵⁶ Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes als „weniger gut“ oder „schlecht“ und Angabe, in mindestens drei der fünf vorgegebenen Bereiche in den letzten vier Wochen „oft“ oder „immer“ bzw. „stark“ eingeschränkt gewesen zu sein (beim Treppen steigen beeinträchtigt, bei anstrengenden Tätigkeiten beeinträchtigt, wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in der Art der Tätigkeit eingeschränkt, wegen seelischer oder emotionaler Probleme Tätigkeiten weniger sorgfältig gemacht zu haben, wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme in den sozialen Kontakten eingeschränkt).

¹⁵⁷ Beschäftigte mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze von 3.600 Euro/Monat bzw. 43.200 Euro/Jahr (2008) haben die Wahl zwischen einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer privaten Krankenversicherung (PKV).

¹⁵⁸ BKK Bundesverband: BKK Gesundheitsreport 2006, Demografischer und wirtschaftlicher Wandel - gesundheitliche Folgen, Essen 2006.

Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt (**Kernindikator Q.2.**) beträgt nach der Sterbetafel 2004/2006 76,6 Jahre bei Männern und 82,1 Jahre bei Frauen. Zwischen Lebenserwartung und sozialem Status existiert insoweit ein statistischer Zusammenhang, als eine höhere Wahrscheinlichkeit eines früheren Todes (Mortalitätsrisiko) bei Gruppen mit relativ niedrigem Einkommen aufgrund des dort verstärkten Auftretens von Krankheiten und Risikofaktoren besteht.

VI.1.3 Gesundheitliche Ausgrenzungsrisiken ausgewählter Bevölkerungsgruppen

VI.1.3.1 Gesundheitliche Situation von Arbeitslosen

Der Verlust des Arbeitsplatzes hat nicht nur erhebliche Konsequenzen für die Einkommenssituation und den Lebensstandard, sondern geht zudem häufig mit psychosozialen Belastungen und Einschränkungen des Selbstwertgefühls und der Sozialbeziehungen einher. Darüber hinaus unterliegen gesundheitlich eingeschränkte Personen einem höheren Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und haben schlechtere Aussichten auf eine berufliche Wiedereingliederung.

Nicht einfach zu beantworten ist die Frage, ob Arbeitslosigkeit ein Krankheitsrisiko darstellt oder aber Krankheit das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes erhöht. Vieles spricht dafür, dass beide Einflüsse von Bedeutung sind. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2006 gaben 26% der langzeitarbeitslosen Männer und Frauen an, dass sich ihr Gesundheitszustand durch die Arbeitslosigkeit verschlechtert hat. Gleichzeitig führten 20% der Männer und 14% der Frauen dieser Gruppe ihre eigene Arbeitslosigkeit auf eine Erkrankung zurück. Solche „Selektionseffekte“ wurden auch in Längsschnittstudien ermittelt: Arbeitnehmer/-innen mit länger andauernden Krankheiten werden demnach häufiger entlassen und haben eine geringere Chance, wieder eingestellt zu werden.¹⁵⁹

Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2006 zeigen, dass weniger als ein Drittel der langzeitarbeitslosen Männer und Frauen einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand haben, während es unter den aktuell erwerbstätigen Männern und Frauen über die Hälfte sind.¹⁶⁰ Auch bei Kurzarbeitslosigkeit ist ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand festzustellen. Noch deutlicher werden diese Unterschiede, wenn der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrachtet wird: Während der Anteil der erwerbstätigen Männer und Frauen hier mit 2% und 3% sehr gering ausfällt, sind langzeitarbeitslose Männer und Frauen zu 12% bzw. 14% in ihrer Gesundheit beeinträchtigt.

¹⁵⁹ Elkeles, T.: Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit, in: Sozialer Fortschritt 6, 1999, S. 150-155; sowie Müller, U./Heinzel-Gutenbrunner, M.: Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, in: Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 102c, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 2001.

¹⁶⁰ Kurzarbeitslosigkeit: bis zwölf Monate; Langzeitarbeitslosigkeit: länger als zwölf Monate.

Hinweise auf Krankheiten und Beschwerden, die bei arbeitslosen Männern und Frauen vermehrt auftreten, liefern ebenfalls Krankenkassendaten zu Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankenhausaufenthalten und Arzneimittelverordnungen.¹⁶¹ Die BKK berichtet für das Jahr 2005, dass arbeitslose Versicherte mit durchschnittlich 19 Krankheitstagen deutlich häufiger arbeitsunfähig waren als pflicht- und insbesondere als freiwillig versicherte Beschäftigte mit dreizehn bzw. sechs Krankheitstagen. Besonders starke Unterschiede zeigen sich bei Arbeitsunfähigkeit infolge von psychischen Störungen. Für arbeitslose Versicherte ist bei der Verordnung von Antidepressiva eine stark erhöhte Inanspruchnahme im Vergleich zu Beschäftigten festzustellen. Aber auch Muskel-Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen, bösartige Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen sind häufiger. Ähnliche Rückschlüsse lassen die Daten zu Krankenhausbehandlungen zu.

Die höhere Krankheitsbelastung von Arbeitslosen ist im Zusammenhang mit einem riskanteren Gesundheitsverhalten zu sehen. Besonders deutlich zeigt sich dies beim Tabakkonsum und Bewegungsmangel. Nach den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2006 rauchen langzeitarbeitslose Männer mit 50% und kurzeitarbeitslose Männer mit 47% häufiger als erwerbstätige Männer mit 41%. Bei Frauen betragen die entsprechenden Rauchprävalenzen 50% und 49% gegenüber 36%. Dass sie in den letzten drei Monaten keinen Sport gemacht haben, wird von über der Hälfte der langzeitarbeitslosen Männer und fast zwei Dritteln der langzeitarbeitslosen Frauen angegeben. Bei den erwerbstätigen Männern und Frauen beläuft sich dieser Anteil nur auf rund ein Drittel.

VI.1.3.2 Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen¹⁶²

Neben der genetischen Veranlagung wird der Grundstein für ein langes und gesundes Leben im Kindes- und Jugendalter gelegt. Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen werden sehr früh ausgeprägt und erweisen sich im weiteren Lebenslauf als überaus stabil. Gesundheitsstörungen bereits in jungen Jahren setzen sich oftmals in späteren Lebensphasen fort. Der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf. Die Kinder und Heranwachsenden, die mit Krankheiten und Gesundheitsstörungen zu tun haben, kommen vermehrt aus sozial benachteiligten Familien.

Nach Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen in Brandenburg im Jahr 2005 werden bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weitaus häufiger Entwicklungsverzögerungen

¹⁶¹ Vgl. BKK Bundesverband 2006, a. a. O.

¹⁶² Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), der vom Robert Koch-Institut in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt wurde, markiert den Ausgangspunkt für zukünftige Trendanalysen. Auch die anderen Datenquellen sind nicht geeignet, Entwicklungen im Zeitverlauf darzustellen bzw. wurden bislang nicht unter diesem Gesichtspunkt ausgewertet.

und Gesundheitsstörungen festgestellt.¹⁶³ Besonders deutlich zeigt sich dies bei Sehstörungen, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Wahrnehmungs- und psychomotorischen Störungen, intellektuellen Entwicklungsverzögerungen, emotionalen und sozialen Störungen sowie psychiatrischen Auffälligkeiten. Auch chronische Krankheiten, wie z. B. Diabetes mellitus, Psoriasis, zerebrales Anfallsleiden, bronchitisches Syndrom sowie Fehler und Erkrankungen des Herzens, treten bei ihnen gehäuft auf. Eine Ausnahme sind allergische und atopische Erkrankungen, darunter Neurodermitis, allergische Rhinitis und Kontaktdermatitis, die bei Kindern sozial besser gestellter Familien häufiger vorkommen.

Auswirkungen auf die Mund- und Zahngesundheit lassen sich u. a. an einem höheren Kariesbefall und einem stärkeren Vorkommen von Parodontalerkrankungen festmachen. Trendanalysen im Rahmen der Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigen aber auch, dass sich die sozialen Unterschiede seit Anfang der 1990er-Jahre verringert haben.¹⁶⁴ Mit Blick auf das Kindesalter sind außerdem Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und Unfallverletzungen belegt. Daten der gesetzlichen Krankenversicherung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes weisen darauf hin, dass sozial benachteiligte Kinder im Vergleich zu den besser gestellten Gleichaltrigen etwa 1,5- bis 2-mal häufiger von Unfällen betroffen sind. Am deutlichsten kommen diese Unterschiede bei Verkehrsunfällen sowie Verbrennungen und Verbrühungen zum Ausdruck.¹⁶⁵

Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Eine umfassende Einschätzung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen ermöglicht der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der vom Robert Koch-Institut in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt wurde. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus¹⁶⁶ weisen demnach zu 32% einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand auf im Vergleich zu 38% bzw. 48% derer aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus. Von Übergewicht sind Kinder und Jugendliche aus der niedrigen im Vergleich zur höchsten Statusgruppe 2,3-mal häufiger betroffen. Psychische Auffälligkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten sind bei ihnen sogar 3,8-mal häufiger festzustellen. Der vergleichsweise schlechtere Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die in sozial benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, kommt außerdem in einer geringeren körperlich-sportlichen Aktivität, stärkeren Defiziten der motorischen Entwicklung, einer ungesünderen Ernährung, einem häufigeren Auf-

¹⁶³ Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.): Schuleingangsuntersuchungen 2005 im Land Brandenburg, Wünsdorf 2005.

¹⁶⁴ Micheelis, W./Schiffner, U.: Vierte Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Deutscher Ärzte Verlag (Hrsg.), Köln 2006.

¹⁶⁵ Geyer, S./Peter, R.: Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status - Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK, in: Gesundheitswesen 60, 1998, S. 493-499; vgl. auch Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005, a. a. O.

¹⁶⁶ In der KiGGS-Studie wird der soziale Status auf der Basis von Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen ermittelt. Siehe hierzu: Lampert, T./Kurth, B.-M.: Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, in: Deutsches Ärzteblatt 104, 2007, S. 2944-2949.

treten von Essstörungen, einem stärkeren Tabakkonsum, einer höheren Passivrauchexposition sowie einer geringeren Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder zum Ausdruck.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen auch, dass eine benachteiligte Lebenslage nicht zwangsläufig mit einer schlechteren Gesundheit und einem riskanteren Gesundheitsverhalten einhergehen muss. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, die über gute soziale und personale Ressourcen verfügen, sind die negativen Folgen für den Gesundheitszustand weniger ausgeprägt. Dies wird auch durch Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children-Studie 2002/03 bestätigt. Solche Jugendliche mit vertrauensbasierten und unterstützenden Sozialbeziehungen in der Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft oder in der Schule und in Vereinen, haben seltener gesundheitliche Probleme als diejenigen ohne solche Bindungen. Entsprechendes ist auch bei Jugendlichen in den sozial besser gestellten Gruppen festzustellen.¹⁶⁷

VI.1.3.3 Gesundheit von Alleinerziehenden

Die spezifischen Belastungen Alleinerziehender wirken sich auch auf ihre Gesundheit aus. Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2006 zeigen u. a., dass alleinerziehende Frauen 2,4-mal häufiger als Frauen, die mit Partner und Kindern zusammenleben, gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 weisen im Rahmen des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ aus, dass vor allem Alleinerziehende besonders häufig beeinträchtigt sind: 52% der Alleinerziehenden leiden an einer psychischen Erkrankung, von den Eltern, die in Partnerschaft leben, sind hingegen nur 28% beeinträchtigt.

VI.1.3.4 Gesundheit im höheren Lebensalter

Neben den personalen und den gesellschaftlich-ökologischen Rahmenbedingungen spielen im Alterungsprozess soziale Beziehungen eine wichtige Rolle. Aktivität, soziale Teilhabe und eine sinnerfüllte Lebensgestaltung sind deshalb neben den medizinischen Aspekten wichtige Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter. Mit zunehmendem Alter wächst die Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, gesundheitliche Beeinträchtigungen treten immer häufiger auf. Ihre Folgen bedrohen die selbständige Lebensführung. Hohe Risiken für einen Verlust der Selbständigkeit sind nachweislich mit Depression, Demenz und motivationalen Faktoren verbunden. Die biologischen Alternsprozesse stehen in Wechselwirkung mit Faktoren des Gesundheitsverhaltens und psychologischen Faktoren.

¹⁶⁷ Klocke, A.: Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter, in: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hrsg.), Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden 2004, S. 85-96.

Die gesundheitliche Ungleichheit mit Blick auf das Einkommen sinkt aber mit steigendem Lebensalter. In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen haben Männer und Frauen aus der niedrigsten im Vergleich zu denen aus der höchsten Einkommensgruppe 2,9- bzw. 2-mal seltener einen guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand. Bei Männern verschärft sich dieses Verhältnis mit steigendem Lebensalter bis 80 Jahren. Bei Frauen dagegen lassen sich schon ab einem Alter von 70 Jahren keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich einer guten Gesundheit zwischen den Einkommensgruppen mehr beobachten. Auch gesundheitliche Beeinträchtigungen treten im Alter von 50 bis 59 Jahren bei Männern und Frauen aus der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe häufiger auf. Während sich bei Männern im Alter von 70 bis 79 Jahren in Abhängigkeit von der Einkommensposition noch Unterschiede im Gesundheitszustand feststellen lassen, ist dies ab einem Alter von 80 Jahren nicht mehr der Fall. Die Überlebenden dieser Gruppe bilden mit Blick auf ihre genetische Veranlagung und den damit verbundenen Gesundheitschancen eine sehr selektive Gruppe. Die am stärksten sozial Benachteiligten erreichen häufig gar nicht erst dieses hohe Alter. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit zunehmendem Alter biologische Alterungsprozesse soziale Einflüsse mehr und mehr überlagern.

VI.1.4 Zeitliche Entwicklungen

Für viele europäische Länder (z. B. Großbritannien, Schweden und Finnland) wurde deutlich, dass die gesundheitliche Ungleichheit in den vergangenen Jahrzehnten weiter zugenommen hat.¹⁶⁸ Für Deutschland kann die zeitliche Entwicklung auf der Basis von Daten des Sozio-oekonomischen Panels nur für einzelne Indikatoren dargestellt werden, etwa den subjektiv eingeschätzten eigenen allgemeinen Gesundheitszustand und das Rauchen (**siehe Anhangtabellen A.VI.4 und A.VI.5**).¹⁶⁹ Für den Kernindikator sehr guter oder guter Gesundheitszustand ohne funktionelle Einschränkungen und Behinderung (**Kernindikator R.2.**) ist dies allerdings nur für den Zeitraum 2002 bis 2006 möglich.

Bei Männern wie Frauen lässt sich in diesem Zeitfenster keine bedeutsame Veränderung der einkommensbezogenen Unterschiede des Gesundheitszustands beobachten. Im Jahr 2002 lag der Anteil der Männer mit sehr guter oder guter Gesundheit in der niedrigsten Einkommensgruppe (Armutsrisiko) bei 40%, in der höchsten Einkommensgruppe bei 56%. Vier Jahre später betrugen die entsprechenden Anteile 39% im Vergleich zu 53%. Bei Frauen fiel der Abstand zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe etwas geringer aus. Frauen mit einem Armutsrisiko hatten im Jahr 2002 zu 36% eine sehr gute oder gute Gesundheit im Ver-

¹⁶⁸ Mackenbach, J.: Health Inequalities: Europe in Profile. An independent expert report by the UK Presidency of the EU, UK Presidency of the EU (Hrsg.), London 2006.

¹⁶⁹ Für die Indikatoren „Sehr gute oder gute Gesundheit“ und „Gesundheitliche Beeinträchtigung“ ist nur ein Vergleich von 2006 mit dem Jahr 2002 möglich. Eine längere Zeitreihe kann für diesen Bericht noch nicht gebildet werden, da die detaillierten Abfragen zu gesundheitlich bedingten Einschränkungen im Alltag erst seit 2002 erfolgen.

gleich zu 47% der Frauen mit hohen Einkommen. Im Jahr 2006 fiel dieser Unterschied mit 39% gegenüber 49% ähnlich aus. Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der Einkommensgruppen lässt sich die Aussage treffen, dass die Chance auf eine sehr gute oder gute Gesundheit in der niedrigsten im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe bei Männern um den Faktor 2,5 und bei Frauen um den Faktor 2 verringert ist und sich in dieser Hinsicht im Beobachtungszeitraum keine Veränderung ergab.

Eine längerfristige Entwicklung lässt sich z. B. für das Rauchen nachzeichnen. Für das Rauchen ist bei Männern eine Abnahme der Ungleichheit festzustellen. Im Jahr 1998 rauchten 50% der Männer aus der niedrigsten und 32% der Männer aus der höchsten Einkommensgruppe. In beiden Gruppen nahmen die Raucheranteile bis zum Jahr 2006 geringfügig auf 47% und 29% ab. Das Chancenverhältnis verringerte sich von 2,1:1 auf 1,9:1. Auch für Frauen aus der höchsten Einkommensgruppe lässt sich beim Rauchen ein Rückgang feststellen, und zwar von 26% auf 24%. Bei Frauen aus der Armutsrisikogruppe hat der Anteil der Raucherinnen hingegen von 28% auf 39% deutlich zugenommen, was vor allem einem Zuwachs in den jungen Altersgruppen geschuldet ist. Folglich hat sich die Einkommensungleichheit im Rauchverhalten von Frauen in den letzten Jahren stark ausgeweitet, bezogen auf das Chancenverhältnis von 1,1:1 auf 1,8:1.

VI.2 Soziale Lage von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen

Mit dem Alter wächst das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen nahm von Ende 2003 bis Ende 2006 um rund 90.000 auf rund 2,1 Mio. Personen zu. Aufgrund ihrer im Vergleich zu Männern höheren Lebenserwartung sind die Mehrzahl der Pflegebedürftigen Frauen.¹⁷⁰ Von den rund 2,1 Mio. Leistungsempfängern der Pflegeversicherung werden rund 1,4 Mio. zu Hause versorgt, rund 700.000 leben in Heimen (unter ihnen wiederum rund 69.000 in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen). Der Frauenanteil liegt bei den zu Hause Versorgten bei 62,7% und bei den Personen in Heimen bei 74,8%. Nach wie vor wird der weit überwiegende Teil der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (rund 69%) ausschließlich von Angehörigen gepflegt und erhält dafür Pflegegeld. Sowohl unter den vollstationär versorgten Pflegebedürftigen als auch unter den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen nahm die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen leicht zu.

Vor Einführung der Pflegeversicherung führte der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bedingt durch die Höhe der zu tragenden Kosten, vor allem im Falle einer notwendigen Heimunterbringung, in der überwiegenden Zahl der Fälle zur finanziellen Überforderung des Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige waren deshalb oft auf Sozialhilfe in Form der Hilfe zur Pflege angewiesen. Nach

¹⁷⁰ Der Vierte Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung enthält eine umfassende Darstellung der Pflegeversicherung und ihrer Entwicklung in den Jahren 2004 bis 2006, vgl. Deutscher Bundestag: Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drucksache 16/772, Berlin 2008.

Einführung der Pflegeversicherung ist die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz bzw. dem SGB XII in ganz Deutschland von 453.613 Personen Ende 1994 (dem letzten Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf 273.063 Personen Ende 2006 und damit um etwa 40% zurückgegangen. Davon waren rund 69% Frauen (184.940 ohne Bremen).

Tabelle VI.1:

Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege jeweils am Jahresende

Jahr	Insgesamt ¹⁾	Außerhalb von Einrichtungen	In Einrichtungen
1994	453.613	189.254	268.382
1995	372.828	85.092	288.199
1996	285.340	66.387	219.136
1997	250.911	64.396	186.672
1998	222.231	62.202	160.238
1999	247.333	56.616	190.868
2000	261.404	58.797	202.734
2001	255.883	60.514	195.531
2002	246.212	59.801	186.591
2003	242.066	55.405	186.867
2004	246.372	55.233	191.324
2005	261.316	59.771	202.361
2006	273.063	60.492	213.348

1) Mehrfachzählungen wurden – soweit erkennbar – ausgeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe, 1994 ff.

Die meisten ambulant versorgten Pflegebedürftigen (über 95%) kommen ohne zusätzliche Leistungen der Sozialhilfe aus. Auch im stationären Bereich sind seit der Einführung der stationären Leistungen Mitte 1996 die Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege deutlich zurückgegangen. Bezogen auf das Jahresende 1995 gab es Ende 2006 im stationären Bereich mit 213.348 Personen rund 75.000 Personen (rund 26%) weniger, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen waren. Zwar ist die Zahl zwischen 2003 bis 2006 um knapp 26.500 Personen wieder angestiegen (**siehe Tabelle VI. 1**). Im gleichen Zeitraum ist allerdings auch die Gesamtzahl der stationär Pflegebedürftigen um 93.000 gestiegen, so dass sich der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege kaum verändert hat. Der Frauenanteil liegt bei den Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen bei rund 61% und bei denjenigen in Einrichtungen bei rund 71% (Berechnungen ohne Bremen).

Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass von den Empfängern von Hilfe zur Pflege laut Sozialhilfestatistik nur etwa 60% gleichzeitig auch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten (**siehe Tabelle VI.2**).¹⁷¹ Bei den übrigen Hilfeempfängern liegt in den meisten Fällen keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor. Der starke Anstieg des Anteils der Empfänger von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Leistungen eines Sozialversicherungsträgers deutet auf eine anfängliche Untererfassung hin.¹⁷² Überträgt man den Anteil des Jahres 2006 von 61,1% von der Jahreszahl auf die Stichtagszahl von Empfängern von Hilfe zur Pflege im stationären Bereich von Ende 2006, so sind rechnerisch noch rund 20% der rund 700.000 stationär Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI auf ergänzende Hilfe zur Pflege angewiesen.

¹⁷¹ Eine der Tabelle VII.1 entsprechende Stichtagszahl von Empfängern von Hilfe zur Pflege, die gleichzeitig Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wird von der Sozialhilfestatistik nicht erhoben. Sie würde noch deutlich niedriger ausfallen als die genannten rund 220.000.

¹⁷² Vgl. Deutscher Bundestag 2008, a. a. O., S. 51 ff.

Tabelle VI.2:

**Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege außerhalb und innerhalb
von Einrichtungen während des Jahres**

Jahr	Empfänger insgesamt	<i>darunter: mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers</i>	
	Anzahl	Anzahl	in %
1994 ¹⁾	563.452	96.065	17,0
1995 ²⁾	573.636	86.961	15,2
1996	426.365	116.800	27,4
1997	328.280	106.784	32,5
1998	289.299	107.014	37,0
1999	309.713	113.765	36,7
2000	324.144	142.319	43,9
2001	331.520	131.619	39,7
2002	313.190	151.586	48,4
2003	322.851	142.884	44,3
2004	328.324	163.979	49,9
2005 ²⁾	339.584	203.694	60,0
2006 ²⁾	360.139	220.016	61,1

1) Für das Berichtsjahr 1994 fehlen die Angaben von Hamburg und Bremen; die Meldungen aus Niedersachsen waren lückenhaft.

2) Für die Berichtsjahre 1995, 2005 und 2006 fehlen die Daten aus Bremen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik sowie eigene Berechnungen des BMG.

VI.3 Zusammenfassung: Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit

Auch in einem hoch entwickelten Sozialstaat wie der Bundesrepublik Deutschland lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage feststellen. Männer mit niedriger Schulbildung haben zu 34% einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand im Vergleich zu 51% derjenigen mit mittlerer und 57% derjenigen mit hoher Schulbildung. Für Frauen betragen die Vergleichswerte 30% in der niedrigen, 47% in der mittleren und 53% in der hohen Bildungsgruppe. Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsniveau rauchen häufiger, treiben weniger Sport und sind zu einem höheren Anteil übergewichtig. Bildung hat dabei auch unabhängig von der Einkommenssituation einen Einfluss auf die Gesundheit.

Gesundheitszustand und Gesundheitsrisiken werden auch durch den beruflichen Status, die Branchen- und Berufsgruppenzugehörigkeit, Arbeitszeitregelungen und Arbeitsschutzbestimmungen und die entsprechend erlangte Einkommensposition beeinflusst. Unter Berücksichtigung der Altersvariationen sind Männer aus der niedrigsten im Vergleich zu denjenigen aus der höchsten Berufsstatusgruppe fast dreimal und Frauen fast fünfmal häufiger gesundheitlich beeinträchtigt. Aktuelle Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit zeigen, dass unter Berücksichtigung von Altersunterschieden in der Zusammensetzung der Einkommensgruppen ein bestehendes monetäres Armutsrisiko die Chance auf einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand etwa halbiert.

Neben der genetischen Veranlagung wird der Grundstein für ein langes und gesundes Leben im Kindes- und Jugendalter gelegt. Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen werden sehr früh ausgeprägt und erweisen sich im weiteren Lebenslauf als überaus stabil. Gesundheitsstörungen bereits in jungen Jahren setzen sich oftmals in späteren Lebensphasen fort. Während der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst, haben verstärkt Kinder und Heranwachsende aus sozial benachteiligten Familien mit Krankheiten und Gesundheitsstörungen zu tun.

Nach der umfassenden Einschätzung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) von 2003 bis 2006 weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nur zu 32% einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand auf, während es 38% bzw. 48% der Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus sind. Der soziale Status wurde dabei auf der Basis von Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen ermittelt. Von Übergewicht sind Kinder und Jugendliche aus der niedrigen im Vergleich zur höchsten Statusgruppe 2,3-mal häufiger betroffen. Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen sind bei ihnen sogar 3,8-mal häufiger festzustellen. Gute soziale und personale Ressourcen der Familien können das Gesundheitsrisiko bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus jedoch deutlich abschwächen.

Die meisten ambulant versorgten Pflegebedürftigen (über 95%) kommen ohne Leistungen der Sozialhilfe aus. Bezogen auf den Zeitpunkt vor der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1996 gab es Ende 2006 im stationären Bereich rund 75.000 Personen und damit rund 26% weniger Hilfebedürftige. Zwar ist die Zahl zwischen 2003 bis 2006 um knapp 26.500 Personen wieder angestiegen, allerdings auch die Gesamtzahl der stationär Pflegebedürftigen, so dass sich der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege kaum verändert hat.

VII. Wohnen

Die Versorgung mit ausreichendem, qualitativ gutem und auch bezahlbarem Wohnraum ist eine wichtige Voraussetzung für die Lebensqualität.¹⁷³ Dabei spielt auch die Wohnumgebung eine Rolle. Belastete Wohngebiete mit hoher Konzentration sozialer Problemlagen stellen ungünstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Persönlichkeitsentfaltung dar. Wohnortnahe Hilfen und quartiersbezogene soziale Arbeit sind wichtige Unterstützungsstrukturen, die zur Verbesserung der Entfaltungschancen in diesen Gebieten beitragen.

VII.1 Allgemeine Versorgungssituation mit Wohnraum

Ausgehend von einem hohen Versorgungsniveau hat sich die Wohnungssituation in Deutschland kontinuierlich verbessert. Trotz tendenziell rückläufiger Neubautätigkeit dauerte die seit längerem zu beobachtende allgemeine Entspannung auf den Wohnungsmärkten auch im Berichtszeitraum 2002 bis 2006 weiter an. Ende 2006 standen insgesamt 39.753.733 Wohnungen¹⁷⁴ zur Verfügung. Das waren rund 5,9% mehr als im Jahr 1998 bzw. 2,1% mehr im Vergleich zu 2002. Parallel dazu stieg die Zahl der privaten Haushalte als Nachfrager von Wohnraum zwischen 1998 und 2006 ebenfalls um 5,9% auf knapp 39,8 Mio.¹⁷⁵

Die durchschnittliche Größe einer Wohnung stieg innerhalb der letzten acht Jahre von 86,9 m² auf 89,2 m² an.¹⁷⁶ Dies ist vor allem auf die überdurchschnittliche Zunahme von Wohnungen in Einfamilienhäusern zurückzuführen. Sie machten mit insgesamt rund 1,3 Mio. Wohneinheiten etwa die Hälfte der von 1998 bis 2006 neu errichteten Wohnungen aus und waren mit durchschnittlich 134,6 m² deutlich größer als neu errichtete Mietwohnungen (71,4 m²)¹⁷⁷. Die Pro-Kopf-Wohnfläche erhöhte sich 2006¹⁷⁸ gegenüber 1998 von 39,3 m² auf 42,9 m². In Westdeutschland steht mit 44,0 m² durchschnittlich mehr Wohnfläche pro Kopf zur Verfügung als in Ostdeutschland¹⁷⁹ (38,6 m²), der Trend zur Angleichung der Pro-Kopf-Wohnflächen zwischen Ost und West hielt jedoch weiter an, denn der Zuwachs an Wohnfläche ist in Ostdeutschland mit 5,1 m² höher als in Westdeutschland (3,3 m²).

Neben der Wohnfläche ist der bauliche Zustand der Wohngebäude ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung der Versorgungssituation. 2006 beurteilten bundesweit 59% der befragten Mieter-

¹⁷³ Zur Situation der wohnungslosen Menschen siehe Kapitel XI. Menschen in extremer Armut und begrenzt selbsthilfefähige Personen, Abschnitt XI.1.

¹⁷⁴ Statistisches Bundesamt: Fachserie 5, Reihe 3, Bestand an Wohnungen, Wiesbaden 2006.

¹⁷⁵ Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Reihe 3, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wiesbaden 2008.

¹⁷⁶ Statistisches Bundesamt: Fachserie 5, Heft 1, Bautätigkeit und Wohnungen: Mikrozensus - Zusatzerhebung 2006, Wiesbaden 2008.

¹⁷⁷ Statistisches Bundesamt: Baugenehmigungen/Baufertigstellungen 2006 (endgültige Daten); Wiesbaden 2007

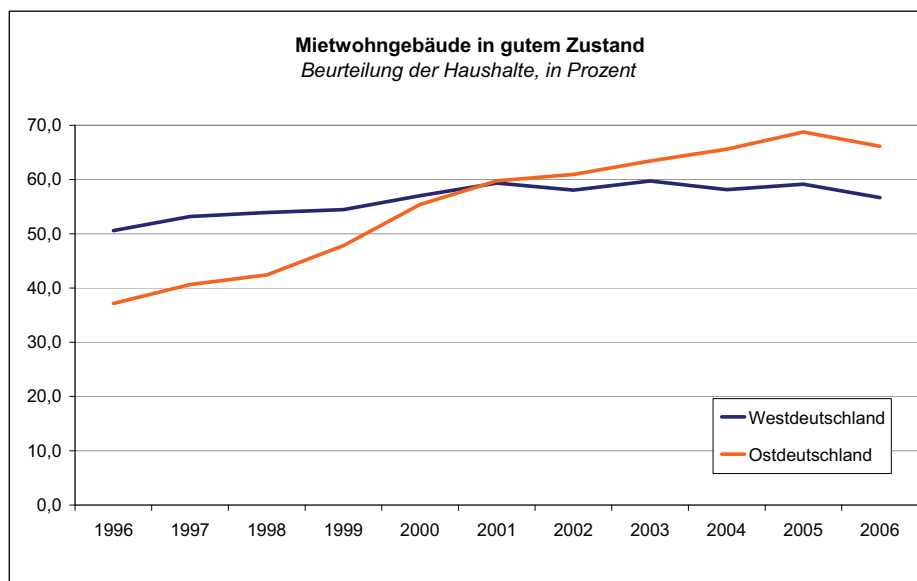
¹⁷⁸ Mikrozensus, Zusatzerhebung 2006, a. a. O.

¹⁷⁹ Die Angaben des Landes Berlin wurden insgesamt der Region Ostdeutschland zugerechnet.

haushalte den Zustand ihres Wohngebäudes¹⁸⁰ als gut (1998: 51%; 2002: 59%). Insgesamt rund 5% der Befragten schätzten den Gebäudezustand hingegen als gänzlich renovierungsbedürftig bzw. abbruchreif ein (**Kernindikator A.12.**). Dies waren 4% weniger als im Jahr 1996 und in etwa gleich viele wie im Jahr 2002. Insbesondere in Ostdeutschland hat sich der Zustand der Mietwohnungsgebäude im Zeitablauf deutlich verbessert. 2006 gaben noch 5% der dort befragten Haushalte an, in einem renovierungsbedürftigen oder abbruchreifen Gebäude zu wohnen. 1996 sagten dies noch etwa 19% und 2002 8%. Diese Entwicklung spiegelt u. a. den Erfolg der umfangreichen Maßnahmen von Bund und Ländern zur Aufwertung der ostdeutschen Wohnungsbestände im Rahmen der Städtebauförderung und der aus Bundesmitteln zinsverbiligten Programme der KfW Förderbank wider. Demgegenüber lässt die Beurteilung westdeutscher Mieterhaushalte hinsichtlich des baulichen Zustands ihrer Wohngebäude keine wesentlichen Veränderungen der Gebäudequalität im Zeitablauf erkennen (**siehe Schaubild VII.1**).

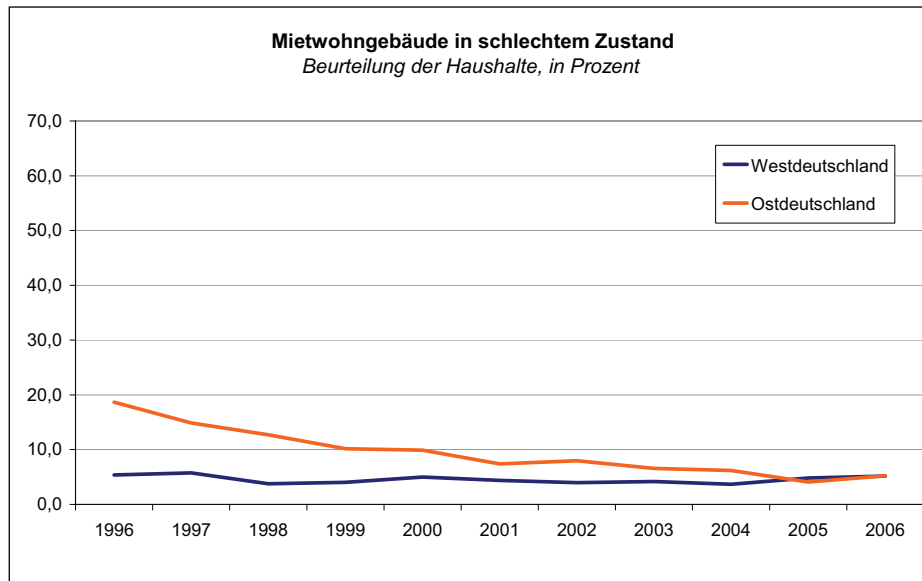
Schaubild VII.1:

Beurteilung des Zustandes von Wohngebäuden



Quelle: SOEP

¹⁸⁰ Hinweise hierüber liefert die Auswertung der SOEP-Daten. Von den etwa 11.000 Haushalten werden rund 5.600 Mieterhaushalte u. a. regelmäßig über den baulichen Zustand ihres Wohngebäudes befragt, allerdings nicht explizit zum baulichen Zustand ihrer Wohnung. Zudem geben die Antworten allein die subjektive Einschätzung der Befragten wieder, die sich vom tatsächlichen bautechnischen Zustand des Wohngebäudes deutlich unterscheiden kann.



Quelle: SOEP

Ein weiteres Indiz für die anhaltend gute Versorgungssituation ist auch die moderate Entwicklung der Wohnungsmieten. Innerhalb des Gesamtzeitraums 1998 bis 2006 stieg die Bruttokaltmiete, das heißt die Summe aus der Nettokaltmiete und den umlagefähigen kalten Betriebskosten, wie z. B. Wasser, Abwasser und Müllabfuhr, je Quadratmeter Wohnfläche von 5,57 Euro auf 5,94 Euro an. Das entspricht einem Anstieg von rund 1% pro Jahr.¹⁸¹ Zum Vergleich stiegen im gleichen Zeitraum die allgemeinen Lebenshaltungskosten ohne Wohnungsmieten um durchschnittlich 1,6% pro Jahr. Die für eine Wohnung in Westdeutschland zu zahlende Bruttokaltmiete lag 2006 im Mittel bei 6,05 Euro je m²/Monat, während eine Wohnung in Ostdeutschland durchschnittlich 5,60 Euro je m²/Monat kostete. Im Jahr 2006 wendete ein durchschnittlicher Mieterhaushalt somit rund 22,8% seines Haushaltsnettoeinkommens für das Wohnen auf (Ost: 22,4%; West: 23,0%). Darin noch nicht berücksichtigt sind die warmen Wohnnebenkosten, die sich in den vergangenen Jahren zu einer zunehmenden finanziellen Belastung für die Haushalte entwickelten. So erhöhten sich infolge der zwischen 2002 und 2006 stark gestiegenen Energiepreise (7,2% pro Jahr) die Kosten für die Beheizung der Wohnung und die Warmwasserbereitung auf nunmehr 1,07 Euro/m².¹⁸²

VII.2 Einkommensschwache Haushalte

VII.2.1 Mietbelastung

Rund 13% aller Haushalte verfügten 2006 über ein Nettoeinkommen von unter 900 Euro pro Monat. In dieser Einkommensgruppe dominiert mit 83% das Wohnen zur Miete. Die betroffenen

¹⁸¹ Mikrozensus, Zusatzerhebung 2006, a. a. O. Die amtliche Verbraucherpreisstatistik weist demgegenüber auf der Basis von Indexwerten einen Anstieg der Bruttokaltmieten von durchschnittlich 1,1 % pro Jahr aus (Statistisches Bundesamt FS 17, R 7, Wiesbaden).

¹⁸² Vgl. Wohngeld- und Mietenbericht 2006, BT-Drs. 16/5853.

Haushalte gaben rund 42% ihres Einkommens für die Zahlung der Bruttokaltmiete aus. Die Mietbelastung lag bei rund 43% in den alten Ländern und bei rund 39% in den neuen Ländern.¹⁸³ Hinzu kommen die stark gestiegenen Ausgaben für Heizung und Warmwasser, die insbesondere einkommensschwache Mieterhaushalte überdurchschnittlich stark belasten.

Haushalte mit geringem Einkommen, die keine Transferleistung erhalten (bei der die Kosten der Unterkunft berücksichtigt sind), beziehen Wohngeld. Die durchschnittliche Wohnkostenbelastung von Wohngeldbeziehern gemessen am verfügbaren Einkommen nach Wohngeld stieg von 1994 bis 2004 in den alten Bundesländern von 28,1% auf 31,8% und in den neuen Bundesländern von 17,8% auf 27,9% und damit um mehr als die Hälfte.¹⁸⁴ Die in den vorangegangenen Armuts- und Reichtumsberichten zum Nachweis der Wohnverhältnisse einkommensschwacher Haushalte verwendete Wohngeldstatistik eignet sich seit 2005 nur noch bedingt. Im Rahmen des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt zum 1. Januar 2005 wurde nämlich geregelt, dass bisherige Sozialhilfe- und Arbeitslosenhilfebezieher sowie Bezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung statt Wohngeld angemessene Unterkunftskosten im Rahmen der jeweiligen Transferleistung (SGB II und SGB XII) erhalten. Auch der so genannte besondere Mietzuschuss, den Sozialhilfeempfänger vor 2005 erhielten, ist damit entfallen. Dadurch ist die Anzahl der Wohngeldempfänger stark zurückgegangen.

Aufgrund der völlig veränderten Empfängerstruktur im Wohngeld seit 1. Januar 2005 haben sich die Durchschnittswerte für die Merkmale der Empfängerhaushalte im Vergleich zum Zeitraum davor deutlich geändert. So liegen seitdem sowohl die wohngeldrechtlichen Einkommen oberhalb des vor der Reform geltenden Durchschnitts als auch die durchschnittlichen Miethöhen pro m² und die Wohnflächen. Infolge dessen sind auch die Mietbelastungsquoten der Wohngeldempfängerhaushalte vor Wohngeld zurückgegangen. Deshalb werden keine Vergleiche zum Zeitraum vor der Reform gezogen, sondern nachfolgend nur die Ergebnisse nach der Reform dargestellt. Da das Wohngeld bei den höheren Einkommen einen geringeren Entlastungsbeitrag liefert als früher, sind die Mietbelastungsquoten nach Wohngeld insbesondere in den neuen Bundesländern deutlich angestiegen (**siehe Tabelle VII.1**). Die Durchschnittsbelastungen weisen eine erhebliche Streuung nach der Haushaltsgröße auf. Je größer der Haushalt, umso geringer ist die Belastung nach Wohngeld. Dies belegt die familienfreundliche Ausgestaltung des Wohngeldes.¹⁸⁵

¹⁸³ eigene Berechnungen.

¹⁸⁴ Wohngeldstatistik.

¹⁸⁵ Zur Familienfreundlichkeit des Wohngeldes im Einzelnen vgl. Wohngeld- und Mietenberichte der Bundesregierung.

Tabelle VII.1:

Mietbelastungsquoten einkommensschwacher Mieter

Haushalts- größe (Personen)	Durchschnittlicher Anteil der Bruttokaltmiete am verfügbaren Einkommen in Prozent									
	2001		2002 ¹⁾		2003 ¹⁾		2004		2005	
	vor Wohn- geld	nach Wohn- geld	vor Wohn- geld	nach Wohn- geld	vor Wohn- geld	nach Wohn- geld	vor Wohn- geld	nach Wohn- geld	vor Wohn- geld	nach Wohn- geld
Westdeutschland										
1	47,2	34,1	47,8	36,1	50,3	37,1	51,4	37,8	47,2	39,3
2	41,3	29,1	42,3	31,4	43,4	30,9	44,1	31,3	41,2	31,8
3	37,4	25,7	38,8	26,7	39,3	27,0	39,5	27,0	37,8	27,6
4	32,5	21,1	34,0	21,9	34,4	22,0	34,9	21,8	32,1	22,5
5	30,3	18,8	32,1	19,5	32,5	19,5	32,8	19,4	29,8	20,2
6 und mehr	30,0	16,3	31,3	16,9	31,7	17,0	31,6	16,9	28,5	17,6
Insgesamt	41,0	28,6	42,2	30,4	44,1	31,2	45,0	31,8	40,9	32,0
Ostdeutschland										
1	43,1	30,0	43,3	31,4	44,3	31,5	44,9	31,8	42,5	33,5
2	37,0	23,7	37,6	26,0	38,2	25,7	38,4	26,1	37,8	29,3
3	33,5	20,3	33,4	20,8	33,9	21,1	34,0	21,7	34,8	22,2
4	28,9	17,3	28,7	17,3	29,2	18,3	29,7	17,3	28,8	18,6
5	27,3	15,3	27,4	15,9	28,2	16,3	28,9	16,0	28,0	17,2
6 und mehr	26,5	12,3	27,0	12,8	27,5	12,8	28,2	13,0	26,4	14,9
Insgesamt	38,9	25,9	39,2	27,3	40,1	27,5	40,7	27,9	39,9	30,5

- 1) Nicht vergleichbar mit den Angaben im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung für diese Jahre, da dort die Wohnkostenbelastung auf ein aus dem statistisch nachgewiesenen Bruttoeinkommen einschl. Kindergeld modellartig abgeleitetes verfügbares Einkommen (ohne Wohngeld) bezogen wurde.

Quelle: Wohngeldstatistik

VII.2.2 Transferleistungsbezieher 2006

Seit 2005 muss für ein vollständiges Bild auch die Wohnsituation der Transferleistungsbezieher, d. h. vor allem von Arbeitslosengeld II (ALG II), von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung¹⁸⁶ sowie von Sozialhilfe, analysiert werden. Die Empfänger solcher Transferleistungen erhalten Leistungen für Unterkunft und Heizung in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, soweit diese angemessen sind. Die wohnungsbezogenen Leistungen des SGB II sind damit besser ausgestaltet als das Wohngeld, das lediglich einen Zuschuss zur Bruttokaltmiete ge-

¹⁸⁶ Daten zur Wohnsituation werden in den Statistiken zur Grundsicherung im Alter und in der Sozialhilfestatistik nicht erhoben. Eine Überprüfung der Daten aus dem SOEP hat ergeben, dass sie für ALG II Empfänger nicht valide sind und bei den Grundsicherung im Alter und Sozialhilfefällen aufgrund zu geringer Fallzahlen im SOEP nicht verwendet werden können.

währt. Das trifft auch für Haushalte mit geringem Erwerbseinkommen zu (so genannte Aufstocker), die vor 2005 typischerweise Wohngeldbezieher waren.

Nach dem Sonderbericht „Wohnsituation und Wohnkosten“¹⁸⁷ der Bundesagentur für Arbeit erhielten im April 2006 ALG II-Empfänger in 4,13 Mio. Bedarfsgemeinschaften Leistungen zum Lebensunterhalt. Die Bedarfsgemeinschaften lebten zu 88% zur Miete und in 6% der Fälle im eigenen Haus oder in einer Eigentumswohnung.¹⁸⁸ Rein rechnerisch verfügte jede Person eines Einpersonenhaushalts über rund 38 m², bei Alleinerziehenden mit einem Kind über 30 m², Paare ohne Kinder über 31 m² und Paare mit einem Kind über 24 m², bei drei Kindern über 18 m².¹⁸⁹ Je Bedarfsgemeinschaft wurden rund 34% der durchschnittlichen Gesamtleistungen des ALG II in Höhe von 832 Euro¹⁹⁰ und damit 279 Euro für Unterkunft und Heizung geleistet.

VII.2.3 Qualitative und quantitative Wohnungsversorgung

Der bereits im 1. Armuts- und Reichtumsbericht dargestellte langfristige positive Trend in der Entwicklung der Wohnungsversorgung einkommensschwacher Haushalte (**vgl. Anhangtabelle A.VII.1**) hat sich fortgesetzt. So hat sich nach den Daten der Wohngeldstatistik der Anteil der Wohnungen mit Sammelheizung und Bad/Dusche an allen Wohnungen der einkommensschwachen Haushalte zwischen 1994 und 2004 weiter von 85% auf 94% (Westdeutschland) bzw. 68% auf 96% (Ostdeutschland) erhöht.

Die Wohnflächen in Ostdeutschland sind im Durchschnitt kleiner als in Westdeutschland. Dabei ist der Abstand zwischen Ost- und Westdeutschland in den einzelnen Haushaltsgrößen bei den einkommensschwachen Haushalten geringer als die Durchschnittswerte für alle Hauptmieterhaushalte. Die durchschnittliche Wohnfläche von Wohngeldbeziehern (Hauptmietern) ist zwischen 2005 und 2006 sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland um drei Quadratmeter gesunken. Ursache hierfür ist vor allem der hohe Anteil an Einpersonenhaushalten und der Rückgang bei deren Wohnfläche um vier Quadratmeter in Westdeutschland und um zwei Quadratmeter in Ostdeutschland. Die Wohnfläche von Mehrpersonenhaushalten blieb dabei konstant bzw. stieg leicht an. **Tabelle VII.2** zeigt darüber hinaus, dass die durchschnittlichen Wohnflächen der einkommensschwachen Mieter in Westdeutschland in der Regel unterhalb der entsprechenden Wohnflächen aller Mieterhaushalte liegen. In Ostdeutschland trifft das nur für die Haushalte mit bis zu vier Personen zu. Bei den insgesamt im Wohngeld verbliebenen Haushalten zeigt sich,

¹⁸⁷ Bundesagentur für Arbeit: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Grundsicherung für Arbeitsuchende: Wohnsituation und Wohnkosten, Nürnberg 2006.

¹⁸⁸ Für die restlichen 6% liegen keine Angaben zur Art der Unterkunft vor, weil keine Kosten für die Unterkunft und Heizung geltend gemacht wurden.

¹⁸⁹ Angaben nach Typ der Bedarfsgemeinschaft werden nur für Deutschland insgesamt nachgewiesen. Bedarfsgemeinschaften, die Miete zahlten, verfügten im Durchschnitt über 2,5 Zimmer auf 62 m². Demgegenüber lagen die Werte bei Eigentümern bei 4,2 Zimmern und 110 m².

¹⁹⁰ Einschließlich Sozialversicherungsbeiträgen bzw. -zuschüsse.

dass der Abstand zwischen Ost und West in den einzelnen Haushaltsgrößen deutlich geringer ist als vor der Wohngeldvereinfachung.

Tabelle VII.2:

**Durchschnittliche Wohnfläche der
Hauptmieterhaushalte in m²**

Haushalts- größe (Personen)	Alle Hauptmieter- haushalte ¹⁾			Empfänger von... ²⁾							
				allgemeinem Wohngeld			besonderem Miet- zuschuss ³⁾			Wohngeld ⁴⁾	
	1998	2002	2006	1998	2003	2004	1998	2003	2004	2005	2006 ⁵⁾
Westdeutschland											
1	59	60	60	48	49	48	43	45	45	50	46
2	75	77	78	64	65	64	59	61	61	65	65
3	84	86	88	73	76	76	69	72	72	78	78
4	91	95	98	81	84	84	76	81	81	85	86
5 und mehr	99	102	106	93	96	96	88	95	95	97	98
Insgesamt	71	72	73	64	64	63	57	60	60	66	63
Ostdeutschland											
1	51	53	54	46	46	46	41	42	42	47	45
2	63	66	68	57	56	58	56	57	57	59	59
3	70	74	79	66	65	66	65	66	66	68	68
4	78	84	89	75	76	77	73	74	74	80	81
5 und mehr	90	93	99	88	91	91	86	90	89	97	99
Insgesamt	61	63	64	56	54	54	54	55	54	54	51

- 1) Mikrozensus-Zusatzerhebung 2006 (bis 2002 Westdeutschland einschl. Berlin-West; Ostdeutschland einschl. Berlin-Ost; ab 2006 ist Berlin vollständig Ostdeutschland zugeordnet).
- 2) Wohngeldstatistik (bis 2001 Westdeutschland einschl. Berlin-West; Ostdeutschland einschl. Berlin-Ost; seit 2002 ist Berlin vollständig Westdeutschland zugeordnet).
- 3) Sozialhilfeempfänger erhielten bis 2004 Wohngeld in Form des besonderen Mietzuschusses.
- 4) In der Wohngeldstatistik ab 2005 sind nur noch Haushalte mit allgemeinem Wohngeld enthalten. Dieses unterscheidet seit 2005 nach reinen Wohngeldhaushalten und so genannten Mischhaushalten (Haushalte, in denen ein Teil der Personen Transferleistungen bezieht). Hier werden nur die reinen Wohngeldhaushalte aufgeführt, da der Anteil der Mischhaushalte nur bei rund 4% liegt.
- 5) Vorläufig, Mieterhaushalte insgesamt.

Quelle: Mikrozensus und Wohngeldstatistik

Zur qualitativen Wohnsituation von Transferleistungsbeziehern kann derzeit keine empirisch untermauerte Aussage getroffen werden. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Wohnsituation der Transferleistungsbezieher im Durchschnitt nicht verändert hat, da die Anzahl der durch ALG II veranlassten Umzüge vernachlässigbar klein ist. Die befürchteten Umzugsketten

sind auch aufgrund der Rechtsprechung zur Angemessenheit der Unterkunftskosten bislang ausgeblieben.

Empirische Studienergebnisse der vergangenen Jahre in Deutschland zeigen, dass Menschen mit niedrigem sozialem Status generell stärker durch Straßenverkehr und verkehrsbedingte Luftschadstoffe belastet sind. Sie fühlen sich auch subjektiv stärker durch Lärm allgemein und durch Straßenverkehrslärm im Wohnumfeld belastet.¹⁹¹ Armutsgefährdete Personen leben häufiger in Wohnungen mit erheblichen Mängeln – wie feuchten Wänden und undichten Dächern – als nicht Armutsgefährdete.¹⁹² Darüber hinaus führen das hohe Verkehrsaufkommen in den zentraleren Lagen der Siedlungen, die nicht an das Umfeld angepassten Fahrgeschwindigkeiten und der Flächenbedarf für parkende Fahrzeuge zu hohen Gefährdungen gerade für Kinder. Ihr Bewegungs- und Aktionsraum wird dadurch beschnitten.

VII.3 Wohnungsversorgung und Mietbelastung einkommensstarker Haushalte

Rund 15% aller Haushalte verfügten im Jahr 2006 über ein monatliches Nettoeinkommen von mehr als 3.200 Euro. Haushalte mit einem überdurchschnittlichen Einkommen waren zugleich mit 2,9 Personen pro Haushalt überdurchschnittlich groß. Zum Vergleich dazu lebten in einem Haushalt, der über ein Einkommen von weniger als 900 Euro verfügte, nur etwa 1,2 Personen.¹⁹³ Die Gruppe der einkommensstarken Haushalte zeichnet sich durch eine überdurchschnittliche Wohneigentumsquote aus. 2006 lebten rund 69% von ihnen im selbst genutzten Wohneigentum, während im Vergleich dazu die Wohneigentumsquote aller Haushalte in Deutschland bei rund 42% lag.¹⁹⁴

Der Bau von Eigenheimsiedlungen „auf der grünen Wiese“ hat in der Vergangenheit – begünstigt durch Förderinstrumente wie die inzwischen abgeschaffte Eigenheimzulage – zu einer unerwünschten räumlichen und sozialen Segregation zwischen dem Umland der Städte und den meist älteren Wohnungsbeständen in den Kernstädten und Ortskernen beigetragen. Inzwischen zeichnet sich – bei insgesamt geringer Neubautätigkeit angesichts entspannter Wohnungsmärkte – allerdings eine Trendwende zur verstärkten innerstädtischen Wohneigentumsbildung sowohl im Neubau als auch im Bestand ab. Der Bestandserwerb wird auch für Haushalte mit mittleren oder gehobenen Einkommen zunehmend attraktiver. Die Lärmbelastung ist daher grundsätzlich keine Frage des Wohnens im Bestand oder im Neubau am Stadtrand, sondern ein

¹⁹¹ Eine Zusammenstellung empirischer Studienergebnisse in Deutschland erscheint voraussichtlich Mitte 2008 in einem Bericht des Umweltbundesamtes (UBA).

¹⁹² Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005, Wiesbaden 2006.

¹⁹³ Mikrozensus 2006, a. a. O.; Die durchschnittliche Haushaltsgröße lag 2006 bei knapp 2,1 Personen pro Haushalt.

¹⁹⁴ Mikrozensus Zusatzerhebung 2006, a. a. O.

Problem stark verdichteten Wohnens an bestimmten Verkehrsachsen. In diesen Lagen befinden sich in der Regel sehr preisgünstige Wohnungsbestände, die insbesondere von Haushalten mit geringeren Einkommen nachgefragt werden. Haushalte mit höheren Einkommen können es sich häufiger leisten, eine stark belastete Wohnlage (z. B. durch Straßenverkehr) zu vermeiden.

Die individuelle Wohnkostenbelastung eines Mieterhaushalts hängt stark von seiner Einkommenssituation ab. Im Jahr 2006 verwendeten einkommensstarke Mieterhaushalte knapp 16% (Westdeutschland) bzw. ca. 14% (Ostdeutschland) ihres Nettoeinkommens für die Zahlung der Bruttokaltmiete (d. h. die Summe aus der Nettokaltmiete und den umlagefähigen kalten Betriebskosten, wie z. B. Wasser, Abwasser und Müllabfuhr). Die Mietbelastung lag damit deutlich unterhalb des Durchschnitts, der bei rund 23% lag. Einer der Gründe hierfür liegt u. a. in der überdurchschnittlichen Größe von einkommensstarken Haushalten, die es ihnen ermöglicht, durch die gemeinschaftliche Nutzung von Wohnraum Einspareffekte gegenüber kleineren Haushalten zu realisieren.¹⁹⁵

VII.4 Sozialräumliche Segregation in den Städten

Der wirtschaftliche und gesellschaftliche Wandel hat Auswirkungen auf die Stadtentwicklung und die sozialräumlichen Strukturen. In vielen deutschen Städten gibt es Quartiere mit einer Konzentration von städtebaulichen, wirtschaftlichen und sozialen Problemen: Mängel am Gebäudebestand und im Wohnumfeld, unzureichende Infrastruktur, Umweltbelastungen durch Verkehr und Luftschadstoffe, geringe Wirtschaftstätigkeit, niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit, fehlende Schul- und Bildungsabschlüsse und damit geringe Arbeitsmarktchancen der Quartiersbewohnerschaft. Wenn sich diese Problemfaktoren verfestigen, wandern jüngere, sozioökonomisch besser gestellte Haushalte – insbesondere Familien mit Kindern – in andere Stadtviertel ab.

Betroffen sind vor allem Großwohnanlagen – häufig Sozialwohnungsbestände – und innerstädtische Altbauquartiere, in denen oft auch der Anteil von Zuwanderern besonders hoch ist. Um solchen sozialräumlichen Problemkonzentrationen entgegenzuwirken und die Wohn- und Lebensbedingungen in belasteten Stadtquartieren zu verbessern, wurde bereits 1999 im Rahmen der Städtebauförderung das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt gestartet. Es ist in den letzten Jahren weiter entwickelt und ausgeweitet worden (vgl. Maßnahmenteil).

¹⁹⁵ Mikrozensus 2006, a. a. O.

VII.5 Zusammenfassung: Wohnen

Der im 1. Armuts- und Reichtumsbericht dargestellte langfristige positive Trend in der Entwicklung der Wohnungsversorgung einkommensschwacher Haushalte hat sich im Zehnjahreszeitraum 1994 bis 2004 fortgesetzt. So hat sich nach den Daten der Wohngeldstatistik der Anteil der Wohnungen mit Sammelheizung an allen Wohnungen der einkommensschwachen Haushalte weiter von 85% auf 94% (Westdeutschland) bzw. 68% auf 96% (Ostdeutschland) erhöht. So beurteilten dann auch 59% der befragten Mieterhaushalte den baulichen Zustand ihrer Wohngebäude im Jahr 2006 als gut (1996 nur 50%), was vor allem auf die Verbesserung des Gebäudebestandes in Ostdeutschland zurückzuführen ist.

Die Bedarfsgemeinschaften nach dem Sozialgesetzbuch II lebten zu 88% zur Miete und in 6% der Fälle im eigenen Haus oder in einer Eigentumswohnung. Jede Person eines Einpersonenhaushalts verfügte über rund 38 m², bei Alleinerziehenden mit einem Kind waren es 30 m² und bei Paaren mit drei Kindern über 18 m². Die durchschnittliche Wohnfläche von alleinstehenden Wohngeldbezieher (Hauptmietern) ist nach der Einführung des SGB II in den Jahren 2005 und 2006 in West- und Ostdeutschland um vier bzw. zwei m² auf durchschnittlich 46 m² (Westdeutschland) bzw. 45 m² (Ostdeutschland) gesunken, während die Wohnfläche von Mehrpersonenhaushalten konstant blieb bzw. leicht anstieg.

Mit einem jährlichen Anstieg von durchschnittlich 1,1% entwickelten sich die Bruttokaltmieten von 1998 bis 2006 insgesamt sehr moderat. Allerdings wurden infolge der zwischen 2002 und 2006 stark gestiegenen Energiepreise die warmen Wohnnebenkosten zu einer zunehmenden finanziellen Belastung insbesondere einkommensschwacher Haushalte.

Im Rahmen des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde geregelt, dass erwerbsfähige Sozialhilfe- und Arbeitslosenhilfebezieher sowie Bezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung statt Wohngeld angemessene Unterkunftskosten im Rahmen der jeweiligen Transferleistung (SGB II und SGB XII) erhalten. Diese decken die tatsächlichen Aufwendungen und sind damit besser ausgestaltet als das Wohngeld, das lediglich einen Zuschuss zur Bruttokaltmiete gewährt. Aufgrund der Reform hat sich die Struktur der Wohngeldempfänger stark verändert, so dass eine Vergleichbarkeit mit früher schwer möglich ist.

Haushalte mit einem überdurchschnittlichen Einkommen (15% aller Haushalte mit Nettoeinkommen von über 3.200 Euro/Monat) waren zugleich mit 2,9 Personen pro Haushalt überdurchschnittlich groß. 2006 lebten rund 69% von ihnen im selbst genutzten Wohneigentum, während im Vergleich dazu die Wohneigentumsquote aller Haushalte in Deutschland bei rund 42% lag.

In ihrem Wohnumfeld sind armutsgefährdete Personen wesentlich stärkeren Belastungen ausgesetzt als nicht armutsgefährdete. Straßenverkehr, Lärm durch hohes Verkehrsaufkommen und verkehrsbedingte Luftschadstoffe sind belastende Faktoren, die insbesondere hohe Gefährdungen gerade für Kinder bedeuten. Darüber hinaus gibt es in vielen deutschen Städten Quartiere mit einer Konzentration von städtebaulichen, wirtschaftlichen und sozialen Problemen.

VIII. Politische und gesellschaftliche Partizipation

VIII.1 Gestaltung gesellschaftlicher Lebensverhältnisse¹⁹⁶

Die Einbindung in gesellschaftliches Leben erfolgt insbesondere auch durch bürgerschaftliches Engagement. Dieses erstreckt sich auf vielfältige Bereiche, wie z. B. in Heimat- und Kulturvereinen, Stadtteilinitiativen, Selbsthilfegruppen, Sportvereinen, soziale und kulturelle Einrichtungen u.w. bis hin zu klassischen Ehrenämtern, Gremien, Vorständen, Gewerkschaften und in der Politik. Der hohe Stellenwert des politischen und bürgerschaftlichen Engagements¹⁹⁷ liegt darin begründet, dass die übernommene Verantwortung für andere auch ein Ausdruck der persönlichen Freiheit der engagierten Bürger/-innen ist.¹⁹⁸ Mit Blick auf eine durchlässige Gesellschaft geht es um die Frage, ob sich soziale Ausgrenzung unter anderem auch darin manifestiert, dass diese Bevölkerungsgruppen geringer politisch und gesellschaftlich partizipieren als andere Gruppen. Partizipation lässt sich in graduell abgestufter Formen der Mitgestaltung darstellen.

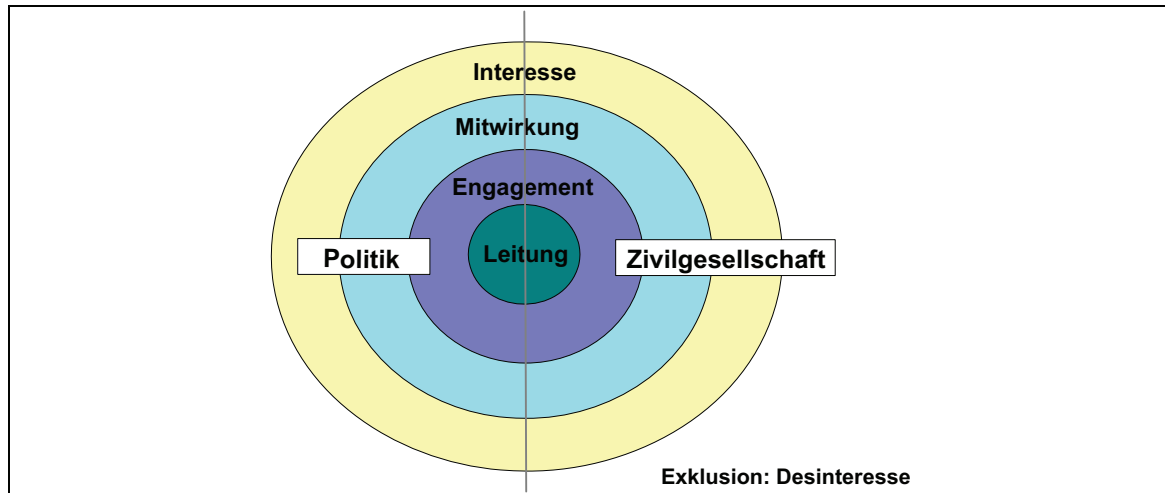
¹⁹⁶ Dieses Kapitel basiert auf dem Gutachten von Engels, D.: Gestaltung von Politik und Gesellschaft - Armut und Reichtum an Teilhabechancen, Reihe Lebenslagen in Deutschland des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008, im Erscheinen. Folgende Datenquellen wurden analysiert: Repräsentative Wahlstatistik, die Informationen über die Wahlbeteiligung enthält; repräsentative Befragungen wie die in zweijährlichen Abständen durchgeführte „Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (Allbus), die Daten zur Mitwirkung in Parteien und Gewerkschaften sowie an informellen politischen Aktivitäten (z. B. Demonstration, Unterschriftensammlung) enthält; das jährlich durchgeführte Sozio-oekonomische Panel (SOEP), in der Welle 2005 mit Angaben zu politischem Interesse sowie Beteiligung an Politik und bürgerschaftlichem Engagement und die 1999 und 2004 durchgeführte „Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement“ (Freiwilligensurvey) mit detaillierten Informationen über Formen, Bereiche und Motive des bürgerschaftlichen Engagements.

¹⁹⁷ Der Begriff „bürgerschaftliches Engagement“ wird hier übergreifend für verschiedene Engagementformen verwendet, und zwar für freiwillige Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden und Einrichtungen, für das klassische Ehrenamt z. B. als Schöffe, für die Mitwirkung in Gremien bis hin zu politischem Engagement. Bürgerschaftliches Engagement findet sowohl in traditionellen Strukturen von Vereinen, Gremien und Wohlfahrtsverbänden als auch in neueren Formen wie Selbsthilfegruppen und Initiativen statt. Es erstreckt sich über alle gesellschaftlichen Bereiche, von der Bildung über Gesundheit, Sport und Kultur bis hin zum Umwelt- und Katastrophenschutz.

¹⁹⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Perspektiven für Freiwilligendienste und Zivildienst in Deutschland, Bericht zur Kommission „Impulse für die Zivilgesellschaft“, Berlin 2004, S. 3.

Schaubild VIII.1:

Ebenen der Partizipation in Politik und Zivilgesellschaft



Quelle: Engels, D.: Gestaltung von Politik und Gesellschaft – Armut und Reichtum an Teilhabechancen, Reihe Lebenslagen in Deutschland des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Bonn 2008 im Erscheinen, S. 16.

Ein allgemeines Interesse an Politik haben 36% der Bevölkerung ab 16 Jahren, darunter 7,6% ein starkes Interesse. Die Mehrheit der Bevölkerung (64%) interessiert sich dagegen kaum für Politik, darunter 18% sogar überhaupt nicht. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss und Migrationshintergrund. Männer sind zu 45% politisch interessiert, Frauen dagegen nur zu 27%. Mit zunehmendem Alter steigt das politische Interesse stetig an.¹⁹⁹ Personen mit Hochschulabschluss zeigen deutlich mehr politisches Interesse (54%) als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (31%). Von den Deutschen ohne Migrationshintergrund interessieren sich 37%, von der Bevölkerung mit Migrationshintergrund²⁰⁰ dagegen nur 21% für Politik, dies gilt für alle Bildungsschichten.²⁰¹ Eine Auswertung der repräsentativen Wahlstatistik zur Bundestagswahl 2005 zeigt aber, dass die Wahlen auch politisch weniger interessierte Bürger/-innen mobilisieren.²⁰²

¹⁹⁹ Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 24 Jahren zeigen nur zu 22% politisches Interesse, während 78% dieser Altersgruppe politisch desinteressiert sind.

²⁰⁰ Als „Personen mit Migrationshintergrund“ werden sowohl ausländische als auch deutsche Staatsangehörige bezeichnet. Dazu gehören zugewanderte sowie in Deutschland geborene Ausländer und deren Kinder sowie Aussiedler, Spätaussiedler, Eingebürgerte und deren Kinder. Insgesamt haben rund 15 Mio. Personen in Deutschland einen Migrationshintergrund, davon haben 7 Mio. keine deutsche Staatsangehörigkeit. Siehe auch Kapitel IX Menschen mit Migrationshintergrund, Abschnitt IX.1 Zusammensetzung der Migrantenbevölkerung.

²⁰¹ Bei hohem Bildungsabschluss interessierten sich 57% der Personen ohne Migrationshintergrund gegenüber 31% mit Migrationshintergrund für Politik, bei niedrigem Bildungsabschluss sind es 26% der Personen ohne Migrationshintergrund gegenüber 12% mit Migrationshintergrund.

²⁰² Jesse, E.: Die Bundestagswahl 2005 im Spiegel der repräsentativen Wahlstatistik, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wirtschaft und Statistik 5/2007, Wiesbaden 2007, S. 521-526. Bei der Bundestagswahl 2005 beteiligten sich insgesamt 78,2% der Wahlberechtigten.

Während durch die Wahlbeteiligungen politische Prozesse nur in längeren zeitlichen Abständen mitgestaltet werden können, stellt die Mitgliedschaft in einer Partei oder politischen Organisation eine intensivere Form der Partizipation dar, da in ihr in der Regel ein dauerhaftes Mitwirken zum Ausdruck kommt. Die Beteiligung an einer Demonstration oder Unterschriftensammlung erscheint wiederum weniger verbindlich, setzt in der Regel aber eine bewusste Auseinandersetzung mit einer spezifischen Thematik voraus und wird daher an dieser Stelle auch zu den intensiveren (informellen) Formen der Partizipation gezählt. Repräsentative Daten zu diesen Formen politischer Partizipation enthält der Datensatz des Allbus 2004.²⁰³ Demnach sind 12,4% der erwachsenen Bevölkerung Mitglied einer Gewerkschaft, aber nur 3,6% Mitglied einer politischen Partei. Demonstrationen sind nach wie vor eine typische Ausdrucksform für junge Erwachsene (rund 20% der 18- bis 24-Jährigen). In Westdeutschland sind die Mitgliedsquoten in Parteien und Gewerkschaften etwas höher als in Ostdeutschland, dort ist dagegen das informelle politische Engagement höher als im Westen.

Die Strukturanalyse von aktiven Politikern am Beispiel des Deutschen Bundestages lässt erkennen, welche Personengruppen auf der Leitungsebene politisch teilnehmen. So waren z. B. im Herbst 2005 von den 613 Abgeordneten des Deutschen Bundestages der 16. Legislaturperiode rund 68% männlich und 32% weiblich. 23 Abgeordnete haben einen Migrationshintergrund, dies sind 4% aller Abgeordneten.²⁰⁴ Vom Alter her machen die 50- bis 64-Jährigen mit 54% einen größeren Anteil aus als die 25- bis 49-Jährigen (44%), nur wenige Abgeordnete sind jünger oder älter als diese beiden Gruppen. Von der Berufsstruktur her überwiegen Dienstleistungsberufe (85% mit hohem Akademikeranteil), während aus technischen, landwirtschaftlichen oder Fertigungsberufen zusammen 15% der Abgeordneten kommen.²⁰⁵

VIII.2 Armut und Reichtum an politischen Teilhabechancen

Das Ausmaß, in dem Einzelne oder bestimmte Gruppen an der Gestaltung von Politik und Gesellschaft partizipieren, kann als ein Gradmesser gesellschaftlicher Inklusion bzw. Ausgrenzung gesehen werden. Wie bereits im 2. Armuts- und Reichtumsbericht dargestellt, kommt auch eine Analyse aktuellerer Daten zu dem Ergebnis, dass Personen aus einkommensschwachen Haushalten tendenziell in geringerem Maße politisch mitgestalten als Personen mit höherem Einkommen. Diese Tendenz lässt sich an allen Formen der politischen Betätigung aufzeigen, die in den hier ausgewerteten Datenquellen erhoben wurden:

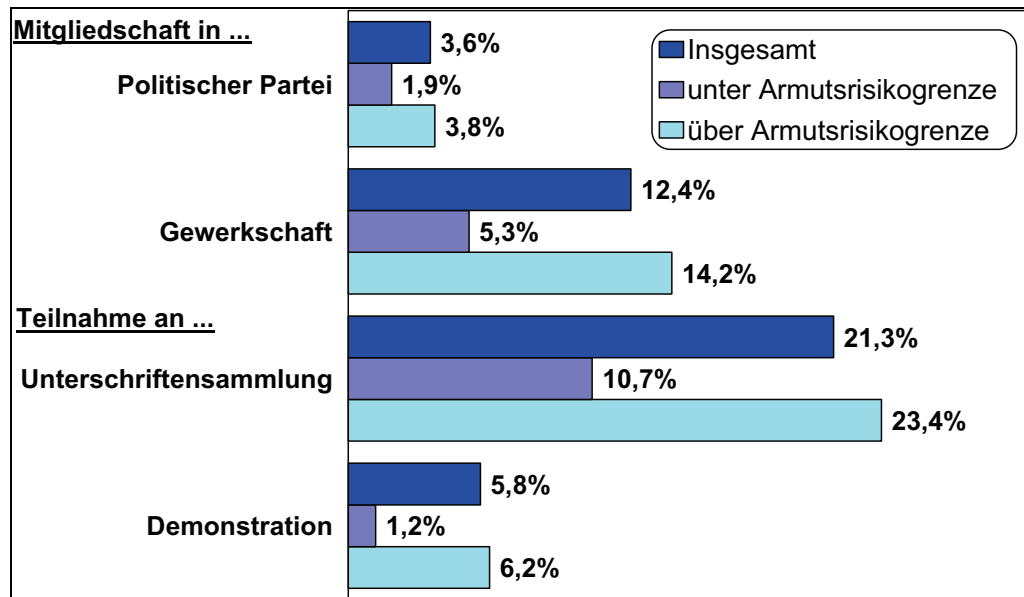
²⁰³ Der Allbus 2006 liegt vor, enthält aber wegen veränderten Fragestellungen keine Vergleichsdaten zu diesen Indikatoren.

²⁰⁴ Rollmann, A.: Was ist an mir exotisch? Bundestagsabgeordnete mit Migrationshintergrund, in: Deutscher Bundestag (Hrsg.), Das Parlament Nr. 03/15, 2007.

²⁰⁵ Quelle: www.bundestag.de/mdb/mdb_zahlen/altersgliederung.html. Der Soziologe Michael Hartmann hat in den letzten Jahren eine stärkere Rekrutierung der „politischen Elite“ in Deutschland aus höheren sozialen Schichten als früher festgestellt, siehe Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Dokumentation - Weiterentwicklung der Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung - Experten-Workshop am 29. November 2006, S. 109 f.

Schaubild VIII.2:

Armutsrisiko und politische Partizipation



Quelle: Engels 2008, a. a. O., S.25, Datengrundlage: Allbus 2004.

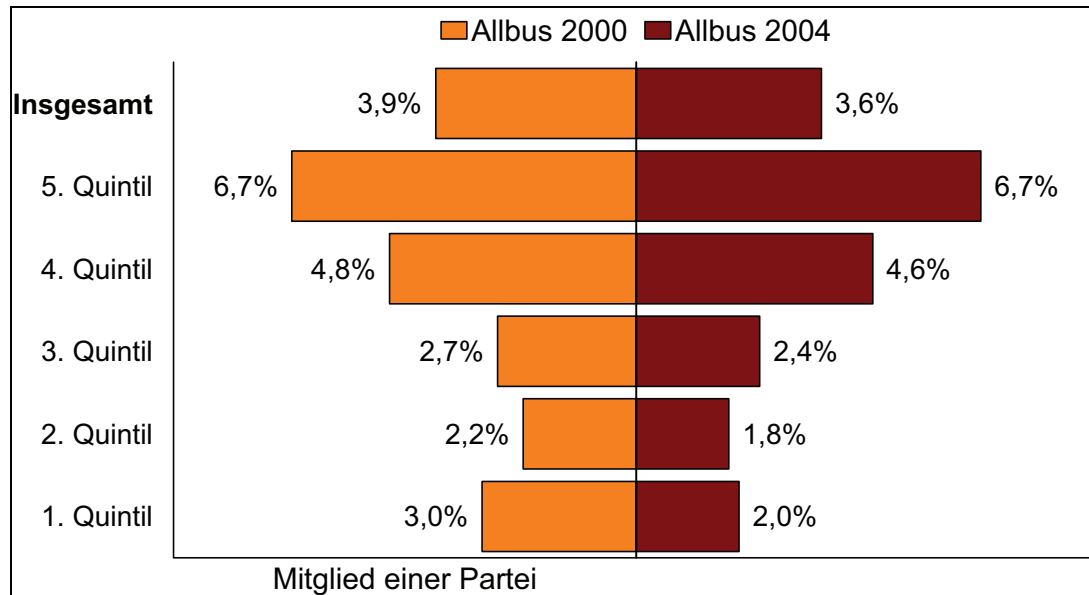
- Der Anteil der Mitglieder in einer politischen Partei ist unter den Personen mit hohem Armutsrisiko mit 1,9% halb so hoch wie unter denen, deren Einkommen über der Armutsrisikogrenze liegt (3,8%) (**Kernindikator A.7. und R.4.**).
- Unterhalb der Armutsrisikogrenze sind rund 5% gewerkschaftlich organisiert, darüber ist die Quote mit 14% fast dreimal so hoch.
- An einer Unterschriftensammlung haben sich im Jahr vor der Befragung 23% der Personen mit einem Einkommen über der Armutsrisikogrenze beteiligt gegenüber 11% unter der Armutsrisikogrenze.
- Über 6% und damit fünf Mal so viele Personen mit Einkommen über der Armutsrisikogrenze berichten von ihrer Teilnahme an einer Demonstration, während es nur 1,2% der Personen waren, deren Einkommen darunter liegt.

Damit ist die politische Beteiligung der Personen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze in allen hier betrachteten Formen durchweg niedriger als die der wohlhabenderen Personen. Daraus lässt sich schließen, dass auch ihre Chancen zur Gestaltung ihrer politisch beeinflussten Lebensbedingungen geringer sind.

Anhand der Parteimitgliedschaft lässt sich darstellen, dass insbesondere Angehörige oberer Einkommensschichten auf diesem Wege partizipieren. Im vierten Einkommensquintil liegt der Anteil der Parteimitglieder bereits über dem Durchschnitt, und im obersten, dem fünften Einkommensquintil, ist er mit 6,7% deutlich höher als in den unteren drei Quintilen, in denen er zwischen 2,2% und 2,7% (Allbus 2000) bzw. zwischen 1,8% und 2,4% (Allbus 2004) liegt.

Schaubild VIII.3

Parteimitgliedschaft nach Einkommensschichtung



Quelle: Engels 2008, a. a. O., S. 26, Datengrundlage: Allbus 2000 und 2004.

Dieser Befund belegt deutlich, dass Personen mit höherem Einkommen diese Gestaltungsmöglichkeit stärker wahrnehmen als Personen mit geringerem Einkommen. Dies erscheint umso gravierender, als die Mindestbeiträge der Parteien für Personen mit geringem Einkommen in der Regel niedrig sind (z. B. 2,50 Euro/Monat in der SPD, 5,00 Euro/Monat in der CDU und 4,17 Euro/Monat in der CSU). Im Zeitvergleich bleibt das Engagement der einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe gleich, während das der einkommensschwächeren Gruppen bereits ab dem 4. Quintil zurückgegangen ist. Als Erklärungshypothese kann angenommen werden, dass geringes Einkommen und niedriger sozialer Status faktisch als Zugangsbarriere zu politischen Parteien wirken, wobei auch Mechanismen des Selbstausschlusses wirken können, weil sich die betroffenen Personen ein Engagement nicht zutrauen.

Zieht man den Bildungsabschluss als weiteren Indikator heran, so wird die stärkere politische Partizipation von Akademikern deutlich. Die Mitgliedschaft in einer politischen Partei erreicht unter den Personen mit (Fach-) Hochschulabschluss einen Anteil von 5% gegenüber nur 3% bei allen übrigen. Bei den weniger institutionalisierten Formen politischer Partizipation wie der Teilnahme an einer Unterschriftensammlung oder einer Demonstration liegt die Beteiligungsquote von Personen mit Hauptschulabschluss auf niedrigem Niveau und steigt mit zunehmend höherer Bildung stetig an. Lediglich die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft ist bei Nicht-Akademikern (13%) weiter verbreitet als bei Personen mit (Fach-) Hochschulabschluss (10%).

VIII.3 Personen mit Migrationshintergrund²⁰⁶

Die Frage, inwieweit die Bevölkerung mit Migrationshintergrund Möglichkeiten zur politischen Partizipation hat und diese wahrnimmt, ist noch einmal anders gelagert. Bei Bundestags- und Landtagswahlen sind nur deutsche Staatsangehörige wahlberechtigt. EU-Ausländer sind allerdings berechtigt, an Kommunalwahlen und an Wahlen zum Europäischen Parlament als Wähler und Kandidaten teilzunehmen.

Bei offeneren Formen der politischen Partizipation, wie z. B. einer Demonstration, ist eine Teilnahme von Ausländern zwar eher wahrscheinlich, allerdings methodisch nicht feststellbar, da die Allbus-Erhebung sich nur an Deutschsprachige richtet und daher Ausländer nicht repräsentativ abbilden kann. Dies ist nur beim SOEP möglich, das Migranten systematisch einbezieht, allerdings steht im SOEP 2005 nur ein allgemeiner Indikator „Beteiligung in Bürgerinitiativen, in Parteien, in der Kommunalpolitik“ zur Verfügung. Dass sie sich „nie“ in einer dieser Formen beteiligen, sagen dort 88% der deutschen gegenüber 93% der ausländischen Bevölkerung. Migranten mit deutscher Staatsbürgerschaft sind ähnlich zurückhaltend, von ihnen beteiligen sich 92% nie in dieser Weise.

Auch für Ausländer bestehen vielfältige politische Beteiligungsmöglichkeiten. Zu nennen sind etwa Mitgliedschaften in politischen Parteien, die Übernahme von Parteiämtern, der Weg einer Einbürgerung, um gleichberechtigt an Wahlen und politischer Willensbildung teilzuhaben, oder die Arbeit von kommunalen Ausländerbeiräten und Migrantenorganisationen. Insbesondere der Paradigmenwechsel in der Migrationspolitik seit 2000 hat dazu geführt, dass in den staatlichen Einrichtungen der politischen Bildung (Bundeszentrale und den Landeszentralen für politische Bildung) die Angebote um die Zielgruppe der Einwanderer erweitert wurden.

Neben diesen Formen der politischen Partizipation sind aber etablierte Zusammenschlüsse von Personen mit Migrationshintergrund zu erwähnen, in denen diese sich engagieren. Dieses Engagement ermöglicht soziale Integration innerhalb der Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund und kann auch als Brücke in die Gesellschaft hinein und hin zu anderen Gemeinschaften genutzt werden. Zunächst einmal dienen die Netzwerke innerhalb der Gemeinschaft durch den gewährleisteten Informationsaustausch sowie materielle und psychische Unterstützung als Hilfesystem für die Mitglieder. In bestimmten Fällen besteht aber auch die Gefahr der Abschottung gegenüber der Mehrheitsgesellschaft.²⁰⁷

²⁰⁶ Als „Personen mit Migrationshintergrund“ werden sowohl ausländische als auch deutsche Staatsangehörige bezeichnet. Dazu gehören zugewanderte sowie in Deutschland geborene Ausländer und deren Kinder sowie Aussiedler, Spätaussiedler, Eingebürgerte und deren Kinder. Insgesamt haben rund 15 Mio. Personen in Deutschland einen Migrationshintergrund, davon haben 7 Mio. keine deutsche Staatsangehörigkeit. Siehe auch Kapitel IX Menschen mit Migrationshintergrund.

²⁰⁷ Europäische Kommission (Hrsg.): Community Force. Social Inclusion and Ethnic Networks in Four European Countries, Brüssel 2007, S. 21 f.

Migrantenorganisationen sind daneben auch politische Interessenvertreter von Ausländern und Personen mit Migrationshintergrund im migrations- und integrationspolitischen Bereich. Verstärkt hat sich das Engagement von Migrantenorganisationen bei Integrationsprojekten. Die Interessenwahrnehmung in Form von kommunalen Ausländer- oder Integrationsbeiräten hat sich seit langem etabliert. Aber auch die direkte Beteiligung von Zusammenschlüssen der Personen mit Migrationshintergrund bei der Erarbeitung des Nationalen Integrationsplans ist ein Beispiel dafür, wie ihre Interessen, Ressourcen und Belange in der Mehrheitsgesellschaft bekannt und anerkannt werden.

VIII.4 Soziale und kulturelle Partizipation – Gemeinschaftsaktivität und bürgerschaftliches Engagement

Ein niederschwelliges Kriterium für eine Einbindung in gesellschaftliches Leben ist die aktive Beteiligung in Freizeitgruppen und Vereinen. Im Freiwilligensurvey zusammenfassend als „Gemeinschaftsaktivität“ bezeichnet, finden sich viele verschiedene Bereiche, neben Heimat- und Kulturvereinen, Stadtteilinitiativen oder Selbsthilfegruppen bis hin zu Sportvereinen, die vor allem für Männer einen Schwerpunktbereich darstellen.²⁰⁸ Etwa zwei Drittel der Bevölkerung sind in diesem umfassenden Sinne in Strukturen der Zivilgesellschaft eingebunden.

Eine Analyse nach dem Armutsrisiko zeigt, dass von den Personen mit Einkommen über der Armutsrisikogrenze 32,5% wöchentlich Sport betreiben, von den armutsgefährdeten Personen dagegen nur 21,8%. Der unterschiedliche Partizipationsgrad betrifft insbesondere auch Jugendliche und junge Erwachsene: In der Altersgruppe von 16 bis 24 Jahren sind 48% der Personen mit Einkommen über der Armutsrisikogrenze, aber nur 33% mit Einkommen unter dieser Grenze sportlich aktiv. Auch hinsichtlich des Besuchs von Kinos, Popkonzerten oder Diskotheken lässt sich der Unterschied zwischen armutsgefährdeten (18% jede Woche) und nicht armutsgefährdeten Jugendlichen (29% jede Woche) feststellen. Nach der 1. World Vision Kinderstudie 2007 sind auch bei Kindern im Alter von acht bis elf Jahren schichtabhängige Unterschiede in der Freizeitgestaltung zu beobachten.²⁰⁹ Insgesamt sind 73% der Kinder regelmäßig in einem Verein, einer Musikschule oder einer sonstigen Gruppe aktiv, von den Kindern aus der untersten Herkunftsschicht trifft dies aber nur auf 47% zu. Je gehobener die Schicht, desto größer ist der Anteil der aktiven Kinder – in der obersten Schicht liegt er bei 89%. Von den Kindern mit

²⁰⁸ Gensicke, T./ Picot, S./ Geiss, S.: Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement, München 2005, S. 49.

²⁰⁹ Soziale „Herkunftsschichten“ werden dort anhand des Schulabschlusses der Eltern, des Haushaltsnettoeinkommens, der Wohnform und der Zahl der Bücher im Haushalt definiert; vgl. Hurrelmann, K./ Andresen, S./ TNS Infratest Sozialforschung: 1. World Vision Kinderstudie - Kinder in Deutschland 2007, World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.), Frankfurt/M. 2007, S. 73 f.

Migrationshintergrund partizipieren 63% an solchen Freizeitgruppen gegenüber 77% der einheimischen deutschen Kinder.²¹⁰

Ein gutes Drittel der Bevölkerung beteiligt sich nicht nur an Freizeitaktivitäten, sondern ist darüber hinaus in Form von bürgerschaftlichem Engagement tätig. Diese oft zeitintensive Form der Mitgestaltung ist als Indikator für gesellschaftliche Partizipation besonders geeignet. Bürger-schaftliches Engagement ist umfassend zu verstehen. Es erstreckt sich über alle gesellschaftliche Bereiche und umfasst freiwillige Tätigkeiten in Vereinen und Initiativen bis hin zu Formen der freiwilligen sozialen und kulturellen Arbeit.²¹¹

Fasst man alle diese Aktivitäten in einem umfassenden Verständnis von bürgerschaftlichem Engagement zusammen, so sind in Deutschland 36% der Bevölkerung in einer dieser Formen engagiert, Männer mit einer Quote von 39% stärker als Frauen mit 32% (**siehe Tabelle VIII.1**). In Westdeutschland sind die Engagementquoten mit 37% höher als in Ostdeutschland (31%). Personen mit Migrationshintergrund weisen mit 23% eine niedrigere Engagementquote auf als Nicht-Migranten mit 37%.

²¹⁰ Hurrelmann, K./ Andresen, S./TNS Infratest Sozialforschung 2007, a. a. O., S. 168.

²¹¹ Einige Nichtregierungsorganisationen verstehen ihre Lobbyarbeit durchaus als politische Partizipation und wollen so auch von anderen gesehen werden. Als Beispiele seien hier die Bemühungen des Sports genannt, einen wichtigen und nachhaltigen Beitrag zum Gelingen der Integrationspolitik zu leisten.

Tabelle VIII.1:

Bürgerschaftliches Engagement 2004

	Insgesamt	Männer	Frauen
Engagementquote	36%	39%	32%
darunter:			
Alter			
14 bis 30 Jahre	35%	36%	33%
31 bis 45 Jahre	39%	40%	38%
46 bis 65 Jahre	40%	43%	37%
über 65 Jahren	26%	33%	21%
Erwerbsstatus			
Erwerbstätig	40%	42%	37%
Arbeitslos	27%	27%	27%
Schüler/ Auszubildende/ Studenten	38%	40%	36%
Rentner/ Pensionäre	28%	35%	23%
Region			
Westdeutschland	37%	40%	33%
Ostdeutschland	31%	34%	28%

Quelle: Engels 2008, a.a.O., S. 31, nach Gensicke/ Picot/ Geiss 2005, S. 66., Datengrundlage: Freiwilligensurvey 2004.

Dabei bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen einzelnen Engagementbereichen: Während in der sozialen Arbeit, in Kindergarten und Schule eher Frauen engagiert sind, wird das Engagement in Vereinen, der freiwilligen Feuerwehr und Rettungsdiensten sowie in anderen „klassischen“ Ehrenämtern stärker von Männern wahrgenommen.²¹² Auch nach Altersgruppen variiert die Engagementquote, Senioren/Seniorinnen über 65 Jahren weisen mit 26% die geringste, Personen im Alter von 46 bis 65 Jahren mit 40% die höchste Quote auf.²¹³

Besonders auffällig ist aber, dass bürgerschaftliches Engagement nicht davon abhängt, wie viel Zeit man zur Verfügung hat, denn dann wäre zu erwarten gewesen, dass Arbeitslose und andere Nichterwerbstätige stärker engagiert wären als Erwerbstätige (**Kernindikator A.8. und R.5.**). Die Engagementquote von Erwerbstätigen ist aber mit 40% deutlich höher als die der Arbeitslosen mit 27% und der Rentner/-innen mit 28%. Bei diesen gibt es allerdings starke Unterschiede

²¹² Gensicke, T./ Picot, S./ Geiss, S. 2005, a. a. O., S. 58.

²¹³ Kinder unter 14 Jahren wurden im Freiwilligen-Survey nicht befragt, sind aber ebenfalls bürgerschaftlich engagiert, wie die 1. World-Vision-Studie nachweist (allerdings mit einer anderen Fragestellung, daher lassen sich die Engagementquoten nicht vergleichen); siehe Hurrelmann, K./ Andresen, S./TNS Infratest Sozialforschung 2005, a. a. O., S. 212 ff.

zwischen Männern und Frauen sowie zwischen stärker engagierten jungen Senioren (37% der 60- bis 69-Jährigen) und weniger aktiven älteren Senioren (22% der ab 70-Jährigen).

Darüber hinaus ist aber auch hier ein Zusammenhang mit monetärer Armut erkennbar: Die Auswertung verschiedener Datengrundlagen (mit einer etwas niedrigeren Engagementquote als im Freiwilligensurvey) ergibt durchgängig eine niedrigere Engagementquote von Personen mit einem Einkommen unter der Armutsrisikogrenze als von Personen mit höherem Einkommen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass diese Aktivitäten oft mit finanziellen Aufwendungen verbunden sind, die sich armutsgefährdete Menschen schlicht nicht leisten können oder aber, dass sie andere Prioritäten setzen (müssen). Darüber hinaus wird auch hier das eigene Zutrauen eine gewisse Grenze setzen (siehe unter 7.3 zum Befund bei der politischen Partizipation).

Tabelle VIII.2:

Bürgerschaftliches Engagement und Einkommen

Einkommensverteilung	Engagementquote ¹⁾		
	Allbus 2002	Allbus 2004	SOEP 2005
Insgesamt	33,0%	33,1%	31,4%
darunter:			
unter Armutsrisikogrenze	24,8%	21,4%	27,0%
über Armutsrisikogrenze	34,2%	34,5%	32,2%
Einkommensquintile			
5. Quintil	35,8%	40,2%	37,2%
4. Quintil	37,0%	38,5%	35,6%
3. Quintil	31,1%	33,8%	31,3%
2. Quintil	33,8%	26,3%	25,3%
1. Quintil	27,2%	22,6%	26,8%

1) Bevölkerung ab 18 Jahren mit leicht variierender Fragestellung in den Erhebungen.

Quelle: Engels 2008, a. a. O., S. 33, Datengrundlage: Allbus 2002 und 2004, SOEP 2005.

Eine nach Quintilen differenzierte Analyse lässt darüber hinaus erkennen, dass die Bevölkerung der unteren 20% der Einkommensverteilung nur unterdurchschnittlich engagiert ist (**Kernindikator A.8. und R.5.**). Ab dem vierten Einkommensquintil ergeben alle Auswertungen eine Engagementquote über dem Durchschnitt. Ähnlich wie bei der Analyse des politischen Engagements zeigt sich auch hier, dass Personen mit höheren Einkommen stärker in zivilgesellschaftliche Aktivitäten eingebunden sind als Personen mit niedrigeren Einkommen.

VIII.5 Zusammenfassung: Politische und gesellschaftliche Partizipation

Hinsichtlich der politischen und gesellschaftlichen Partizipation bestätigen die aktuellen Daten die Ergebnisse des 2. Armuts- und Reichtumsberichts: nach wie vor besteht ein starker Zusammenhang zwischen Einkommensposition und bürgerschaftlichem Engagement. Politisches Engagement wird auch durch Bildung und Ausländerstatus beeinflusst. Diese Unterschiede beziehen sich auf alle Stufen der Mitgestaltung politischer Prozesse: von der Interessenbekundung für politische Zusammenhänge über die Wahlbeteiligung bis hin zur aktiven Mitgliedschaft in einer Partei oder Organisation.

Die Frage, inwieweit die Bevölkerung mit Migrationshintergrund Möglichkeiten zur politischen Partizipation hat und diese wahrnimmt, ist vor dem Hintergrund ihrer spezifischen politischen Beteiligungsmöglichkeiten zu sehen. Diese reichen von Mitgliedschaften in politischen Parteien, der Übernahme von Parteiämtern sowie der Gründung von Partner- und Unterorganisationen deutscher Parteien von Mitgliedern mit Migrationshintergrund bis hin zur Arbeit in kommunalen Ausländerbeiräten und Migrantenorganisationen. EU-Ausländer können darüber hinaus an Kommunalwahlen und an Wahlen zum Europäischen Parlament als Wähler und Kandidaten teilnehmen. Über Migrantenorganisationen wird auch die politische Interessenvertretung von Ausländern und Menschen mit Migrationshintergrund im migrations- und integrationspolitischen Bereich übernommen. Die direkte Beteiligung von Zusammenschlüssen der Personen mit Migrationshintergrund bei der Erarbeitung des Nationalen Integrationsplans ist ein Beispiel dafür, wie ihre Interessen, Ressourcen und Belange in der Mehrheitsgesellschaft bekannt und anerkannt werden.

Bürgerschaftliches Engagement im Verständnis von politischem und gesellschaftlichem Engagement ist ein Kriterium für die Einbindung in das politische und gesellschaftliche Leben. Etwa zwei Drittel der Bevölkerung sind in diesem umfassenden Sinne in Strukturen der Zivilgesellschaft eingebunden. Aber auch hier wird ein Zusammenhang mit monetärer Armut erkennbar: durchgängig zeigt sich eine niedrigere Engagementquote von Personen mit einem Einkommen unter der Armutsrisikogrenze als von Personen mit höherem Einkommen. Außerdem besteht offensichtlich kein Zusammenhang zwischen bürgerschaftlichem Engagement und verfügbarer Zeit, denn die Engagementquote von Erwerbstätigen ist deutlich höher als die der Arbeitslosen und der Senioren, insbesondere im höheren Alter.

Personen mit Einkommen über der Armutsrisikogrenze treiben zu 32,5% wöchentlich Sport, von den armutsgefährdeten Personen sind es dagegen nur 21,8%. Der unterschiedliche Partizipationsgrad betrifft insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene: In der Altersgruppe von 16 bis 24 Jahren sind 48% der Personen mit Einkommen über der Armutsrisikogrenze, aber nur 33% mit Einkommen unter dieser Grenze sportlich aktiv. Auch hinsichtlich des Besuchs von Kinos, Popkonzerten oder Diskotheken lässt sich der Unterschied zwischen armutsgefährdeten (18% jede Woche) und nicht armutsgefährdeten Jugendlichen (29% jede Woche) feststellen. Nach der 1. World Vision Kinderstudie 2007 sind auch bei Kindern im Alter von acht bis elf Jahren bereits schichtabhängige Unterschiede in der Freizeitgestaltung zu beobachten.

Lebenslagen ausgewählter Gruppen

IX. Menschen mit Migrationshintergrund

Die gesellschaftlichen Teilhabechancen der dauerhaft in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund werden durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die zueinander in Wechselwirkung stehen. Ihre Chancenlage wird anhand zentraler Indikatoren wie schulische und berufliche Bildung, Erwerbsbeteiligung, Einkommenssituation, Gesundheit, Wohnen und Familienstrukturen dargestellt.

IX.1 Zusammensetzung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund²¹⁴

Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Zum Stichtag 31. Dezember 2006 lebten in Deutschland 7,3 Mio. Ausländer/-innen.²¹⁵ Insgesamt liegt der Ausländeranteil in Deutschland damit bei 8,9%. Ausländer/-innen kommen zu 32% aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union und zu weiteren 47% aus anderen europäischen Ländern. Die größten Gruppen ausländischer Nationalitäten stellen mit knapp 26% türkische Staatsangehörige, gefolgt von Staatsangehörigen Italiens mit 8%, Serbiens und Montenegros mit 7%, sowie Polens und Griechenlands mit jeweils etwa 5%.

Innerhalb Deutschlands ist die ausländische Bevölkerung regional sehr unterschiedlich verteilt. Insbesondere in den Ballungsräumen in Westdeutschland leben überdurchschnittlich viele Ausländer. In Ostdeutschland (mit Ausnahme Berlins) liegt der Ausländeranteil in einigen Regionen teilweise bei 2% bis 3% und weniger, während er etwa in den Großstädten Frankfurt am Main, München oder Stuttgart zwischen 21% und 24% erreicht. In einigen kleineren, industriell geprägten Städten, z. B. Offenbach, liegt er mit 25% noch höher bzw. in Mannheim, Ludwigshafen oder Heilbronn mit rund 20% ähnlich hoch.

Personen mit Migrationshintergrund

Im Mikrozensus 2005²¹⁶ wurden erstmals nicht nur Informationen zur Staatsangehörigkeit, sondern auch zur Zuwanderung (selbst zugewandert bzw. zugewanderte Eltern) und zu einer eventuellen Einbürgerung der Befragten erhoben. Danach leben in Deutschland 14,8 Mio. Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne und insgesamt 15,3 Mio. Personen mit Migrations-

²¹⁴ Die Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten ist aufgrund der verschiedenen Herkunftsländer, Wanderungsmotive und Statusgruppen in ihrer Zusammensetzung äußerst heterogen. Die weitgefasste Definition der „Menschen mit Migrationshintergrund“ schließt sowohl Menschen mit eigenen Migrationserfahrungen als auch deren Nachkommen mit ein, auch wenn diese bereits im Zielland geboren wurden. Auf Grundlage der für empirische Analysen vorhandenen Daten lässt sich dieses Konzept jedoch häufig nicht umsetzen. In der Regel muss deshalb auf eine Differenzierung zwischen Personen mit deutscher oder nichtdeutscher Nationalität zurückgegriffen werden.

²¹⁵ Siehe Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsfortschreibung.

hintergrund im weiteren Sinne.²¹⁷ Sie stellen damit knapp ein Fünftel der Gesamtbevölkerung. Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne, da etwa Altersdifferenzierungen nur für diese Gruppe verfügbar sind.²¹⁸

Tabelle IX.1:

Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland

	Personen mit Migrati- onshintergrund		Personen ohne Migrati- onshintergrund	
Gesamtzahl	14,8 Mio.	(100,0%)	67,1 Mio.	(100,0%)
Männer	7,5 Mio.	(50,9%)	32,5 Mio.	(48,5%)
Frauen	7,3 Mio.	(49,1%)	34,6 Mio.	(51,5%)
Deutsche Staatsangehörige	7,5 Mio.	(50,7%)	67,1 Mio.	
Ausländische Staatsangehörige	7,3 Mio.	(49,5%)	-	
Mit eigener Migrationserfahrung	10,4 Mio.	(70,3%)	-	
Ohne eigene Migrationserfahrung	4,4 Mio.	(29,7%)	-	
Durchschnittsalter	34,3 Jahre		44,9 Jahre	
Anteil der unter 15-Jährigen	21,0%		11,6%	
Anteil der über 65-Jährigen	8,4%		22,5%	

Quelle: Mikrozensus 2005

Aus **Tabelle IX.1** ist ersichtlich, dass bei Personen mit Migrationshintergrund die Zahl derjenigen, die selbst aus dem Ausland zugewandert sind, die Zahl der in Deutschland geborenen

²¹⁶ Die Angaben des Mikrozensus, der nach der Bevölkerungsfortschreibung hochgerechnet wird, weichen von den Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) ab. Unterschiedliche Erfassungsmethoden und -quellen führen zu abweichenden Ergebnissen. Daher ist ein unmittelbarer Vergleich der Ergebnisse aus diesen beiden Quellen nicht möglich. Trotz der Abweichungen kann auf keine der beiden Quellen verzichtet werden. Die Bevölkerungsfortschreibung gibt als einzige Quelle ein Gesamtbild der Bevölkerung und ihrer Untergliederung nach der deutschen und der ausländischen Bevölkerung. Dabei werden neben Bestandsgrößen (z. B. Bevölkerungszahl, Ausländerzahl) auch Bestandsveränderungen (Zu- und Abwanderungen, Geburten, Sterbefälle) erfasst und ausgewiesen. Das AZR erfasst nur Ausländer und keine Deutschen. Es wird i. d. R. nur für Bestandsauswertungen, nicht aber für den statistischen Nachweis demografischer Veränderungen verwendet. Dafür liefert das AZR einige ergänzende Angaben wie z. B. Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus, die nicht in der Bevölkerungsfortschreibung erfasst sind.

²¹⁷ Die Unterscheidung nach Migrationshintergrund im weiteren Sinne und Migrationshintergrund im engeren Sinne wurde vom Statistischen Bundesamt eingeführt, da aufgrund des Frageprogramms des Mikrozensus der Status einer kleinen Gruppe von Personen mit Migrationshintergrund nicht durchgängig bestimmt werden kann. Personen mit Migrationshintergrund i. e. S. sind in allen Jahren als solche identifizierbar. Zu den Personen mit Migrationshintergrund i. w. S. gehören zusätzlich Personen, deren Migrationsstatus mit Hilfe der Zusatzfragen zu Migration im Mikrozensus 2005 nicht durchgehend bestimmt werden können. Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2 Migration in Deutschland 2005, Wiesbaden 2005, S. 337.

²¹⁸ Soweit nicht anders vermerkt, erfolgt die Darstellung dieser Personen ohne den Zusatz „im engeren Sinne“. Da im Mikrozensus 2005 der Migrationshintergrund erhoben wurde, sind keine Zeitreihen möglich. Sofern bei einzelnen Indikatoren keine entsprechenden Daten vorliegen, wird wieder zwischen Deutschen und Ausländern unterschieden.

Personen übersteigt. Im Durchschnitt ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund gut zehn Jahre jünger als die ohne Migrationshintergrund.

Mit Blick auf die Teilhabechancen von Migranten/Migrantinnen sind auch die jährlichen Einbürgerungszahlen aufschlussreich. Letztlich sichert den Migranten/Migrantinnen nur die Einbürgerung die Möglichkeit der vollen gesellschaftlichen Mitwirkung (u. a. Wahlrecht, uneingeschränkter Zugang zu Beamtenberufen).²¹⁹ **Tabelle IX.2** gibt einen Überblick zur Entwicklung der Einbürgerungen seit dem Jahr 2000.²²⁰ Nach dem vorläufigen Höchststand der Einbürgerungen im Jahr 2000 sank die Zahl bis zum Jahr 2005 kontinuierlich ab. Im Jahr 2006 war wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Dabei ließen sich ausländische Männer jeweils in etwas größerer Zahl einbürgern als Frauen.²²¹

Tabelle IX.2:

Einbürgerungen von Ausländern in Deutschland

Jahr	Gesamt	Männer	Frauen	Männer in %	Frauen in %
2000	186.688	97.634	89.054	52,3%	47,7%
2001	178.098	92.579	85.519	52,0%	48,0%
2002	154.547	79.721	74.826	51,6%	48,4%
2003	140.731	73.099	67.632	51,9%	48,1%
2004	127.153	64.560	62.593	50,8%	49,2%
2005	117.241	59.923	57.318	51,1%	48,9%
2006	124.566	63.049	61.517	50,6%	49,4%
Summe (2000-2006)	1.029.024	530.565	498.459	51,6%	48,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Einbürgerungsstatistik

IX.2 Einkommen und Armutsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund²²²

Die Daten des Mikrozensus 2005 belegen die schwächere Einkommensposition von Personen mit Migrationshintergrund.²²³ Die Einkommenssituation von Migranten/Migrantinnen wird durch

²¹⁹ Seit der Reform des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahr 2000 haben mehr als eine Million ausländische Staatsangehörige in Deutschland einen deutschen Pass erworben. Dennoch ist für die Zukunft weiteres Einbürgerungspotenzial vorhanden. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass sich in den letzten Jahren jeweils weniger als 3% der in Deutschland lebenden Ausländer einbürgern ließen. Siehe Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Einbürgerungen 2006. Fachserie 1 Reihe 2.1, Wiesbaden 2007, S. 14 f.

²²⁰ Die hohe Zahl von Einbürgerungen im Jahr 2000 erklärt sich insbesondere dadurch, dass am 1. Januar 2000 das Gesetz zur Reform des Staatsangehörigkeitsrechts vom 15. Juli 1999 in Kraft trat und u. a. reformbedingte Sondereffekte eine Rolle gespielt haben.

²²¹ Zu berücksichtigen ist dabei, dass nach Mikrozensus die absolute Zahl von in Deutschland lebenden ausländischen Frauen niedriger ist als die der ausländischen Männer.

²²² Siehe hierzu auch den 7. Lagebericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin 2007, Abschnitt II, 3.8.7.

eine ganze Reihe von Faktoren negativ beeinflusst. Zu nennen sind hier insbesondere fehlende berufliche Qualifikationen bzw. nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, Sprachbarrieren, Branchenabhängigkeiten sowie unterschiedliches Erwerbsverhalten. Im Vergleich des gewichteten Nettoäquivalenzeinkommens²²⁴ erreicht die Bevölkerung mit Migrationshintergrund 79% des Durchschnittswertes der Gesamtbevölkerung. Zwischen den Migrationsgruppen differieren die Werte aber beträchtlich. So erreichen (Spät-)Aussiedler/-innen mit 86% des Durchschnittswertes ein deutlich höheres Nettoäquivalenzeinkommen als Eingebürgerte (82%) und Ausländer/-innen (73%).

Stellt man allein auf das tatsächlich erzielte Einkommen aus Erwerbstätigkeit ab, wird deutlich, welche Einkommenshöhe von den einzelnen Migrationsgruppen auf dem Arbeitsmarkt erzielt werden kann. Nur 14% der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund erzielen ein Einkommen über 2.000 Euro (ohne Migrationshintergrund: 23%). Erwerbstätige mit Migrationshintergrund sind in der Einkommensgruppe bis 1.100 Euro mit 45% deutlich stärker vertreten als Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund (37%). 54% der Frauen ohne Migrationshintergrund, aber 67% der Migrantinnen erzielen Einkommen von unter 1.100 Euro.

Aufgrund der im Durchschnitt geringeren Einkommen sind Personen mit Migrationshintergrund auch einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Das Risiko, einkommensarm zu sein, haben nach den Daten des Mikrozensus 2005 15% der Gesamtbevölkerung. Bei Personen mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit über 28% fast doppelt so hoch (Personen ohne Migrationshintergrund: 12%). Auch hier zeigt der Vergleich der Migrationsgruppen beträchtliche Unterschiede: Während 34% der ausländischen Bevölkerung armutsgefährdet sind, sind es bei den Eingebürgerten bzw. als Deutsche Geborenen 25% und bei den (Spät-)Aussiedler/-innen lediglich 21% (**siehe Tabelle IX.3**).

²²³ Analysen zum Einkommen basieren im 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung grundsätzlich auf den amtlichen Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) und des EU-SILC. Da in diesen Untersuchungen Ausländerinnen und Ausländer bzw. Personen mit Migrationshintergrund untererfasst sind, wird hier auf Daten des Mikrozensus zurückgegriffen.

²²⁴ Das Nettoäquivalenzeinkommen in Privathaushalten wird berechnet, indem das Haushaltsnettoeinkommen auf die gewichtete Zahl der Haushaltsmitglieder bezogen wird. Dabei geht der Haupteinkommensbezieher im Haushalt mit dem Gewicht 1, alle Haushaltsmitglieder von 14 Jahren und älter mit dem Gewicht 0,5 und alle unter 14-jährigen Haushaltsmitglieder mit dem Gewicht 0,3 ein (OECD-Äquivalenzskala). Für die Gesamtheit aller Nettoäquivalenzeinkommen wird dann der Median berechnet.

Tabelle IX.3:

Armutsrisikoquoten von Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 2005

		Geschlecht	Personen insgesamt	darunter armutsgefährdet
			in 1.000	in Prozent
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund		männlich	32.543	11,0
		weiblich	34.589	12,2
		Gesamt	67.132	11,6
Bevölkerung mit Migrationshintergrund		männlich	7.795	27,9
		weiblich	7.538	28,5
		Gesamt	15.333	28,2
darunter	(Spät-) Aussiedler/-innen und Nachkommen	männlich	1.995	20,0
		weiblich	2.058	21,4
		Gesamt	4.053	20,7
	Eingebürgerte und als Deutsche geborene Kinder von Zuwanderern	männlich	1.992	24,3
		weiblich	1.967	25,0
		Gesamt	3.959	24,7
	Zugewanderte und hier geborene Ausländer/-innen	männlich	3.809	34,0
		weiblich	3.512	34,6
		Gesamt	7.321	34,3
Gesamtbevölkerung		männlich	40.339	14,3
		weiblich	42.127	15,2
		Gesamt	82.465	14,8

Quelle: Statistisches Bundesamt; Sonderauswertung des Mikrozensus 2005

Die Armutsrisikoquote von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren mit Migrationshintergrund beträgt 32,6%, während diese Quote bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund nur bei 13,7% liegt.

Auch bei älteren Personen mit Migrationshintergrund ab dem Alter von 65 Jahren ist das Armutsrisiko mit 27,1% im Vergleich zu 9,7% der Personen ohne Migrationshintergrund dieser Altersgruppe höher. Die wesentlichen Faktoren, die die Unterschiede erklären, sind die kürzeren Erwerbsbiografien, das eher niedrige Erwerbseinkommen der oftmals un- oder angelernten Arbeitskräfte und die häufigere Betroffenheit von Arbeitslosigkeit während ihres Erwerbslebens.

IX.3 Bildungschancen

Einmal versäumte schulische und berufliche Abschlüsse lassen sich mit steigendem Alter schwerer nachholen. Insbesondere der Abschluss der formalen Schulbildung stellt die Weichen für das Erreichen beruflicher Abschlüsse und den Übergang in den Beruf. Bildungsarmut in Form eines vollständigen Fehlens formaler Schulabschlüsse ist bei Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig (**siehe Schaubild IX.1**). Die aktuellen Daten verdeutlichen, dass in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund große Unterschiede hinsichtlich des schulischen Bildungserfolges bestehen.

IX.3.1 Schulbesuch

Ein Vergleich der deutschen und ausländischen Schülerinnen und Schüler an allgemein bildenden Schulen im Schuljahr 2006/2007 zeigt, dass nur knapp 15% der deutschen Kinder und Jugendlichen eine Hauptschule besuchten, während dies bei den ausländischen auf über 38% zutrifft. Fast die Hälfte der Deutschen (45%) besuchte ein Gymnasium; bei den ausländischen Schülerinnen und Schüler war dies nur jede/r Fünfte (21%). Die Betrachtung nach Nationalitäten zeigt, dass die russischen Schülerinnen und Schüler hier mit 43% der Verteilung der Deutschen am nächsten kommen. Alle übrigen Nationalitäten liegen deutlich darunter. Vor allem italienische und türkische Jugendliche besuchen überproportional häufig die Hauptschule und weisen die niedrigsten Gymnasiastenquoten auf. Türkische Jugendliche besuchen allerdings häufiger als alle anderen Nationalitäten die Schulform der integrierten Gesamtschule. Geringer ist der Abstand beim Besuch von Real- und Gesamtschulen.

Überproportional häufig werden ausländische Kinder in der deutschen Schulpraxis an Sonderschulen/Förderschulen verwiesen. Bei einem Anteil von 9,6% an der Gesamtschülerschaft liegt ihr Anteil an den Sonderschulen/Förderschulen bei 16% und der an den Sonderschulen für den besonderen Förderbereich „Lernen“ sogar bei 19%.²²⁵ Damit hat sich – obwohl das Bewusstsein für die problematische Selektion in den allgemein bildenden Schulen durchaus zugenommen hat – der Sonderschulanteil ausländischer Kinder und Jugendlicher in den letzten Jahren bundesweit praktisch nicht verändert.

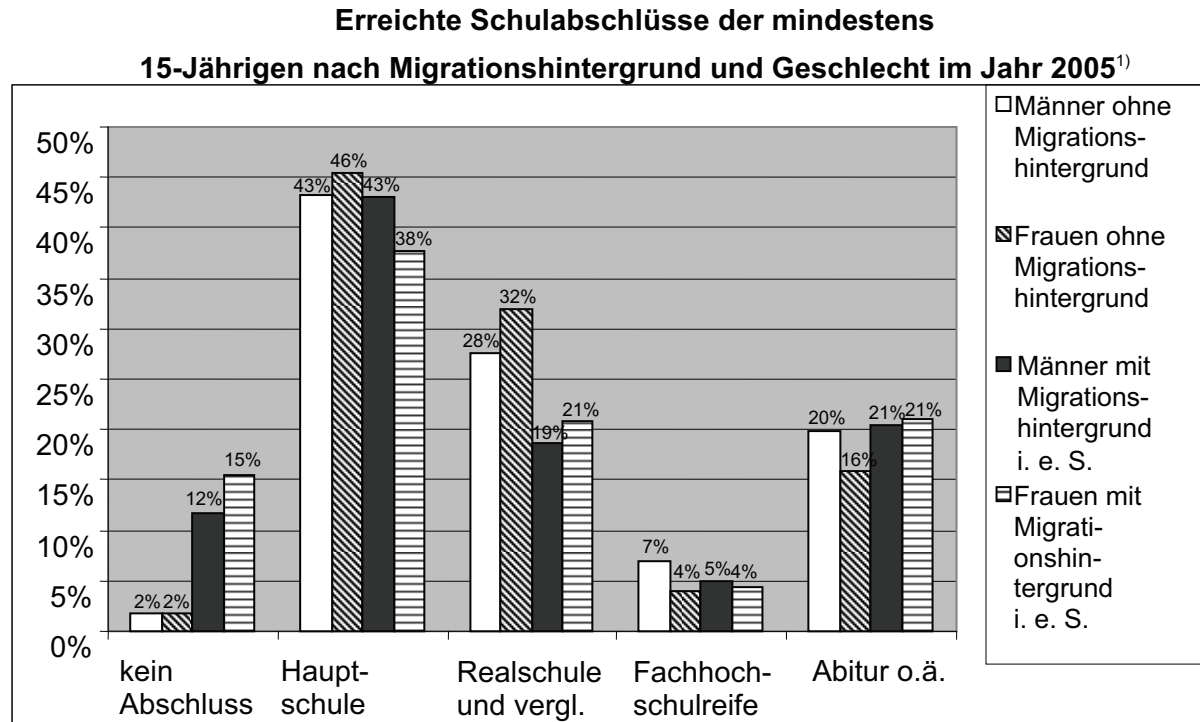
IX.3.2 Schulabschlüsse

Der am häufigsten erreichte Abschluss von Personen mit und ohne Migrationshintergrund ist der Hauptschulabschluss. Im Vergleich zu den Männern erzielten Frauen mit Migrationshintergrund häufiger keinen Schulabschluss oder aber einen höheren Schulabschluss. Gemäß den Daten des Mikrozensus verfügen 12% der Männer und 15% der Frauen mit Migrationshin-

²²⁵ Den höchsten Anteil von Sonderschülern an den altersgleichen Ausländern hat mit 29% Hamburg, gefolgt von Hessen und Bremen (jeweils 24%). Die niedrigsten Anteile sind in Schleswig-Holstein (8%), Rheinland-Pfalz und Bayern (mit jeweils 13%) festzustellen.

tergrund im Alter ab 15 Jahren über keinen allgemein bildenden Schulabschluss gegenüber 2% der Männer und 2% der Frauen ohne Migrationshintergrund.²²⁶

Schaubild IX.1:



1) Personen, die sich noch in einer schulischen Ausbildung befinden, wurden nicht berücksichtigt.

Quelle: Mikrozensus 2005. Eigene Berechnung und Darstellung des BMI.

Die Fachhochschulreife besitzen 5% der Männer und 4% der Frauen mit Migrationshintergrund. Fasst man die Hochschul- und Fachhochschulreife zusammen, so zeigt sich, dass der Anteil von Personen mit höheren Abschlüssen bei den Männern ohne Migrationshintergrund mit 27% am höchsten und bei den Frauen ohne Migrationshintergrund mit 20% am geringsten ist. Bei den Männern mit Migrationshintergrund liegt ihr Anteil bei 26% und bei den Frauen bei 25%. Im Rahmen des Mikrozensus wurden allerdings teilweise auch Gaststudenten befragt, deren Angaben in diese Analysen mit einfließen.

Aufgeschlüsselt nach Alter und Herkunftsland wird deutlich, dass höher qualifizierte Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig 35 Jahre (Frauen) und älter (Männer) sind. Besonders oft handelt es sich dabei um Personen polnischer oder russischer Herkunft. Vor allem Frauen mit polnischem Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig eine Hochschulzugangsberechtigung und tragen somit maßgeblich zu dem hohen Anteil hoch gebil-

²²⁶ Für eine Erklärung und Abgrenzung der einzelnen Abschlüsse siehe Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2005, S. 331 ff.

deter Zuwanderer bei. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Abschlüsse teilweise bereits im Herkunftsland erworben wurden. Dafür spricht auch, dass die Befragten mit Migrationshintergrund, die zum Einreisezeitpunkt 18 Jahre oder älter waren, zu 28% über ein Abitur bzw. einen äquivalenten Abschluss verfügen.

IX.3.3 Menschen ohne Schulabschluss

Rund 13% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bleiben ohne Schulabschluss und damit deutlich häufiger als Deutsche ohne Migrationshintergrund mit nur knapp 2%. Bei den 20- bis 24-Jährigen mit Migrationshintergrund haben 7% keinen Schulabschluss. Am schlechtesten schneiden auch hier im Vergleich der Migrationsgruppen die Jugendlichen ausländischer Staatsangehörigkeit ab. 11% haben in dieser Gruppe keinen Abschluss und 31% die (Fach-) Hochschulreife, während bei den Eingebürgerten bzw. als Deutsche Geborenen fast 37% die (Fach-) Hochschulreife und nur 4% keinen schulischen Abschluss haben. Für fast alle Vergleichsgruppen in dieser Altersstufe gilt, dass die jungen Frauen im Vergleich zu den jungen Männern eine bessere Schulbildung haben.

Welche zentrale Bedeutung die Beherrschung der deutschen Sprache hat, zeigt die Analyse des Schulerfolgs nach Einreisealter. Danach haben in Deutschland geborene (6%) bzw. vor Beginn der Schulpflicht eingereiste (5%) Personen mit Migrationshintergrund die niedrigsten Schulversagensquoten und erreichen gleichzeitig häufiger (22% bzw. 21%) das Abitur. Am schlechtesten schneiden Migrantinnen und Migranten ab, die zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr eingereist und somit Quereinsteiger im deutschen Bildungssystem sind: Nur 9% (Nichtdeutsche: 6%) erreichen das Abitur und 16% (Nichtdeutsche: 27%) erreichen keinen Schulabschluss.²²⁷

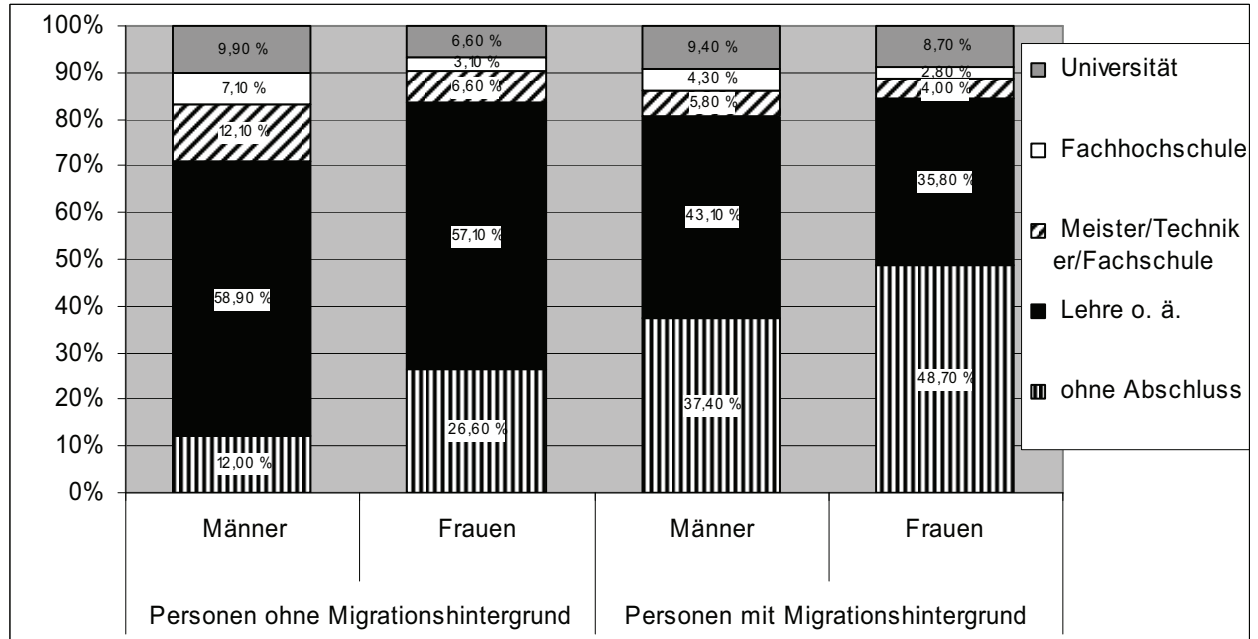
IX.3.4 Berufliche Ausbildung

In engem Zusammenhang mit der Schulbildung stehen die berufliche Ausbildung und entsprechende Berufsabschlüsse. 37% der Männer und knapp 50% der Frauen mit Migrationshintergrund im Alter ab 25 Jahren besitzen keine beruflichen Abschlüsse. Im Vergleich zu Frauen und Männern ohne Migrationshintergrund sind mehr als dreimal so viele Männer und fast doppelt so viele Frauen mit Migrationshintergrund ohne beruflichen Abschluss. Liegt kein entsprechender Abschluss vor, ist es in Deutschland außerordentlich schwierig, Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden. In fast allen Wirtschaftsbereichen ist der Nachweis eines schulischen und/oder beruflichen Abschlusses erforderlich.

²²⁷ Vgl. 7. Lagebericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 2007, Abschnitt II 2.2.3.

Schaubild IX.2:

Berufliche Bildungsabschlüsse²²⁸ der mindestens 25-Jährigen nach Migrationshintergrund und Geschlecht im Jahr 2005¹⁾



1) Die Anteile beziehen sich auf alle Personen, die sich aktuell nicht in einer beruflichen Ausbildung befinden.

Quelle: Mikrozensus 2005. Berechnung und Darstellung des BMI..

Obwohl der Anteil hoch qualifizierter Personen (d. h. Hoch- bzw. Fachhochschulabschluss) bei den Personen mit Migrationshintergrund ähnlich hoch ist wie bei denen ohne Migrationshintergrund, können Personen mit Migrationshintergrund ihre höheren Bildungsabschlüsse tendenziell weniger gut auf dem deutschen Arbeitsmarkt verwerten. Das liegt wiederum daran, dass besonders etwas ältere Frauen mit Migrationshintergrund (35 bis unter 45 Jahren und ab 55 Jahren) sowie Frauen mit russischem oder polnischem Hintergrund überdurchschnittlich häufig über einen Universitätsabschluss ihres Herkunftslandes verfügen. Mangelhafte Deutschkenntnisse oder Diskriminierungen durch Arbeitgeber könnten dann die Gründe für ihre dennoch schlechten Arbeitsmarktchancen sein.²²⁹ So belegen neuere Studien, dass Personen mit Migrationshintergrund auch bei gleichem Bildungsstand wie deutsche Bewerber mit größeren Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt konfrontiert sind.²³⁰

²²⁸ Für eine Erklärung und Abgrenzung der einzelnen beruflichen Abschlüsse siehe Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2005, S. 331 ff. und Glossar.

²²⁹ Vgl. Akman, S.: Migrationshintergrund und Geschlecht bei Bewerbungen, in: Personalführung 10/2005, S. 72 ff.

²³⁰ Vgl. OECD: Jobs for Immigrants - Labour Market integration in Australia, Denmark, Germany and Sweden, Paris 2007, S. 195 ff.

IX.4 Arbeitsmarkt und Zugang zu Erwerbstätigkeit²³¹

Die Teilnahme am Arbeitsleben ist in einer auf Erwerbswirtschaft ausgerichteten Gesellschaft entscheidend für gelingende Integration. Gemäß dem Mikrozensus liegt die durchschnittliche Erwerbsbeteiligung (Erwerbsquote)²³² von Personen mit eigenem Zuwanderungshintergrund mit rund 68% (Migrantinnen insgesamt 58%) deutlich unter der von Personen ohne Migrationshintergrund (75%). Allerdings gibt es zwischen den Migrationsgruppen beträchtliche Unterschiede. Während die Erwerbsquote der (Spät-) Aussiedler/-innen mit fast 74% den Gesamtdurchschnittswert erreicht, liegt sie bei den Eingebürgerten bzw. mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborenen (knapp 68%) und bei den Nichtdeutschen (knapp 66%) niedriger. Insbesondere die Erwerbsneigung der Frauen mit Migrationshintergrund variiert unter den Teilgruppen deutlich.

IX.4.1 Erwerbstätigenquoten

Mit fast 12 Prozentpunkte weichen die Erwerbstätigenquoten der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund (56% statt knapp 68%) deutlich voneinander ab. Bei der (Spät-) Aussiedlerpopulation beträgt die Abweichung allerdings lediglich rund 5 Prozentpunkte, während sie bei den Nichtdeutschen 15 Prozentpunkte beträgt. Ausländerinnen weisen eine Erwerbstätigenquote von unter nahe 43% auf. Der Abstand zu deutschen Frauen ohne Migrationshintergrund beträgt damit fast 20%. Es sind vor allem die jungen Erwachsenen mit türkischem Hintergrund sowie aus anderen ehemaligen Anwerberstaaten, die die größten Probleme beim Übergang in die Erwerbstätigkeit haben. In dieser Gruppe sind besonders große Anteile von weiblichen Nichterwerbspersonen anzutreffen.²³³ Diese Zahlen verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Stärkung der Erwerbsbeteiligung von Migrantinnen und Migranten auch unter integrationspolitischen Gesichtspunkten sinnvoll sind.

²³¹ Vgl. 7. Lagebericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007, Abschnitt III 3.

²³² Die Erwerbstätigenquote bezeichnet den Anteil Selbständiger und mithelfender Familienangehöriger sowie abhängig Erwerbstätiger, d. h. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Beamte und geringfügig Beschäftigter an der Wohnbevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren.

²³³ Vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung (Hrsg.): Bildung in Deutschland 2006, S.179.

Tabelle IX.4:

**Erwerbs- und Erwerbslosenquoten
nach Migrationshintergrund und Geschlecht 2005 in Prozent**

		Geschlecht	Erwerbs- tätigenquote ¹⁾	Erwerbs- losenquote ²⁾
Bevölkerung ohne Migrationshin- tergrund		männlich	73,0%	8,0%
		weiblich	62,2%	6,7%
		Gesamt	67,6%	7,3%
Bevölkerung mit Migrationshin- tergrund		männlich	63,6%	14,5%
		weiblich	48,2%	10,0%
		Gesamt	56,0%	12,3%
Darunter	(Spät-) Aussiedler/-innen und Nachkommen	männlich	68,1%	12,0%
		weiblich	57,5%	9,8%
		Gesamt	62,8%	10,9%
	Eingebürgerte und als Deut- sche geborene Kinder von Zu- wanderern	männlich	63,0%	12,5%
		weiblich	50,4%	9,5%
		Gesamt	56,9%	11,0%
	Zugewanderte und in Deutsch- land geborene Ausländer/- innen	männlich	61,8%	16,4%
		weiblich	42,6%	10,3%
		Gesamt	52,5%	13,4%
Gesamt		männlich	71,2%	9,2%
		weiblich	59,5%	7,3%
		Gesamt	65,4%	8,3%

1) Die Erwerbstätigenquote bezeichnet hier den Anteil Selbständiger und mithelfender Familienangehöriger sowie abhängig Erwerbstätiger, d. h. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Beamte und geringfügig Beschäftigter an der Wohnbevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren.

2) Die Erwerbslosenquote bezeichnet hier den Anteil Erwerbsloser an der Wohnbevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Quelle: Statistisches Bundesamt; Sonderauswertung des Mikrozensus 2005.

Gemäß der Erwerbstätigenrechnung²³⁴ lag die Zahl der Erwerbstätigen 2005 bei 38,8 Mio., stieg in 2006 auf 39,1 Mio. und überschritt im September 2007 die Rekordmarke von 40 Mio. Der Mikrozensus 2005 weist wegen einer Untererfassung der geringfügig Beschäftigten nur 36 Mio. Erwerbstätige im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahren aus²³⁵ und zwar 30 Mio. bzw. 83% ohne und sechs Mio. bzw. 17% mit Migrationshintergrund. Die Hälfte der erwerbstäti-

²³⁴ Erwerbstätigkeit einschließlich der so genannten Mini- und Midijobs sowie der Arbeitsgelegenheiten nach dem SGB II.

²³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, Mikrozensus und Arbeitskräfteerhebung, Wiesbaden 2006.

gen Personen mit Zuwanderungshintergrund waren Ausländer/-innen, 29% kamen aus (Spät-) Aussiedlerfamilien und 21% waren Eingebürgerte oder als Deutsche Geborene. Während der Frauenanteil bei den Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund 46% beträgt und bei Eingebürgerten und (Spät-)Aussiedler/-innen praktisch gleich auf liegt, beträgt er bei den Nichtdeutschen nur 39%.

IX.4.2 Arbeitslosigkeit

Ausländer sind in Deutschland überdurchschnittlich von Arbeitslosigkeit betroffen. Die Arbeitslosenquote für Ausländer lag im Jahr 2005 bei 25,2% und verläuft parallel zu den im Kapitel Arbeitsmarkt beschriebenen Entwicklungen der allgemeinen Arbeitslosenzahlen. Von derzeit 532.000 ausländischen Arbeitslosen (September 2007) sind 82% bei den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende und damit im Leistungsbezug des SGB II (Arbeitslosengeld II) und 18% bei den Agenturen für Arbeit und damit im Leistungsbezug des SGB III (Arbeitslosengeld) gemeldet.

Zwischen 2000 und 2006 hat der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen zugenommen. Diese Zunahme war am stärksten bei den ausländischen Männern (um 22,5% auf 44,6%) und am geringsten bei den deutschen Frauen (um 6,4% auf 43,3%). Bei den ausländischen Frauen nahm der Anteil um 15,2% auf 44,6% und bei den deutschen Männern um 14,3% auf 39,2% zu.²³⁶ Seit 2006 profitieren auch Ausländer vom konjunkturellen Aufschwung. Im Dezember 2007 war die Arbeitslosigkeit von Ausländern gegenüber dem Vorjahr um 76.000 gesunken (12,8%).²³⁷

IX.5 Inanspruchnahme von Transferleistungen

Von insgesamt 5,3 Mio. Arbeitslosengeld II-Beziehern im Jahresdurchschnitt 2007 waren 978.000 Ausländer (19%). Nach Schätzungen des IAB haben rund 38% der ALG II-Bezieher einen Migrationshintergrund.²³⁸ Zusätzlich gab es im Jahr 2007 311.000 nicht erwerbsfähige Ausländer in der Grundsicherung für Arbeitsuchende, die Sozialgeld bezogen. Arbeitslosengeld erhielten im Durchschnitt zwischen Januar und November 2007 1,09 Mio. Personen, hiervon waren 104.000 Ausländer (10%). Unter den Beziehern von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II mit deutscher Staatsbürgerschaft bezogen unter möglichen Doppelzählungen 81% Arbeitslosengeld II und 19% Leistungen der Arbeitslosenversicherung. Unter Ausländern lag der

²³⁶ Zum Jahresanfang 2005 kam es durch die Zusammenlegung der Arbeitslosenhilfe mit den erwerbsfähigen Beziehern von Sozialhilfe zu einer Zäsur in der Arbeitslosenstatistik. Ehemalige Empfänger von Sozialhilfe sowie Nichterwerbspersonen mussten sich (da erwerbsfähig) arbeitslos melden, um Arbeitslosengeld II beziehen zu können. Damit wurden diese Personen erstmals vollständig in der SGB II-Statistik als Arbeitslose erfasst und von der Öffentlichkeit wahrgenommen. Weitgehend in Folge dieser Statistikverbesserung stieg die Zahl der ausgewiesenen Arbeitslosen von 2004 auf 2005 um rund 480.000 auf 4,86 Mio. und eine Arbeitslosenquote von 13%.

²³⁷ Siehe hierzu Kapitel IV Erwerbstätigkeit, Abschnitt IV.2 Entwicklung der Arbeitslosigkeit.

²³⁸ Hönekopp, E. (IAB): „Qualifizierung und guten Qualifikation“, Vortrag auf der Fachtagung „Qualifizierung und Integration von Menschen mit Migrationshintergrund“, Nürnberg, Juli 2007.

Anteil der Bezieher von Arbeitslosengeld II mit 90% deutlich höher und der Arbeitslosengeld-Bezieher mit 10% entsprechend niedriger. Über die Staatsangehörigkeit hinaus liegen der Bundesagentur für Arbeit keine Informationen zum Migrationshintergrund vor.

Diese Zahlen verweisen auf einen erhöhten Bedarf an Angeboten zur Verbesserung der Qualifikationsstruktur und damit der Arbeitsmarktchancen von Ausländerinnen und Ausländern, bzw. von Migranten/Migrantinnen.

Ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Deutschen und Ausländern zeigen sich bei der Altersgruppe der ab 65-Jährigen. Bei beiden Gruppen war in dieser Altersgruppe die Inanspruchnahme von Sozialhilfe bis Ende 2002 bzw. von Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung seit 2003²³⁹ zwar am geringsten. Allerdings sind die Quoten bei Ausländern deutlich höher als bei Deutschen. Dabei ist die Relation von Deutschen (79%) und Ausländern (21%) über 65 Jahren im Grundsicherungsbezug seit 2003 bis heute unverändert. 2006²⁴⁰ waren von den deutschen ab 65-jährigen Männern 1,4% und von den deutschen ab 65-jährigen Frauen 2,2% auf Grundsicherung im Alter angewiesen. Bei den ab 65-jährigen ausländischen Männern war es dagegen mehr als jeder zehnte und bei den ab 65-jährigen ausländischen Frauen gut jede sechste. Gründe hierfür sind geringere Einkommen der ausländischen Mitbürger während der Erwerbsphase sowie kürzere Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die überwiegende Mehrzahl der Grundsicherungsbezieher – und dies gilt auch für Ausländer/-innen – verfügt dabei aber über eigenes Einkommen, insbesondere in Form von Renten. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stocken folglich im Regelfall vorhandenes Einkommen bis zur Höhe des soziokulturellen Existenzminimums auf.

²³⁹ Siehe hierzu auch Kapitel II Einkommen und Vermögen, Mindestsicherung und Überschuldung, Abschnitt II.2.2.4 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

²⁴⁰ Angaben ohne Bremen.

Tabelle IX.5:

**Personen ab 65 Jahren, die Grundsicherung
im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten, nach Nationalität und Geschlecht**

		2003	2004	2005	2006 ¹⁾
Deutsche	Männer	53.265	63.772	80.524	89.354
	Frauen	150.937	167.283	190.407	200.934
Ausländer	Männer	21.483	25.038	29.642	30.467
	Frauen	32.049	37.044	42.282	43.780

1) Zahlen ohne Bremen.

Quelle: Statistisches Bundesamt; Statistik der Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Ältere Menschen mit Sozialhilfe und Grundsicherungsbezug.

Das 1993 in Kraft getretene Asylbewerberleistungsgesetz regelt die Leistungen für Asylbewerber und für alle Ausländer mit einem nicht verfestigten Aufenthaltsstatus. Nach einem Höchststand von knapp 490.000 Empfänger/-innen von Regelleistungen im Jahr 1996 sank deren Zahl bis auf rund 194.000 Personen im Jahr 2006. Männer waren dabei im gesamten betrachteten Zeitraum stärker als Frauen unter den Empfängern von Regelleistungen vertreten.

IX.6 Familie als Integrationsfaktor

Der familiäre Zusammenhalt ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen von Integration in der Aufnahmegesellschaft. Migration ist in aller Regel ein Familienprojekt, das nicht in einer Generation abgeschlossen ist, sondern mehrere Generationen umfasst.²⁴¹ Traditionelle Rollenbilder und das Festhalten an traditionellen Familienhierarchien können aber auch zu Problemen für die individuelle Entwicklung und den sozialen Aufstieg einzelner Familienmitglieder führen, insbesondere für Frauen und hier geborene Kinder.

In Migrantenfamilien leben relativ viele Kinder bzw. Jugendliche.²⁴² Auch bei ihnen ist die Abhängigkeit des Bildungserfolges von den Bildungsabschlüssen der Eltern feststellbar.²⁴³ Hinzu kommen teilweise Integrations- und Sprachdefizite in der deutschen Sprache. Der Elementarbereich (Kindertagesstätten) wird zunehmend als Teil des Bildungssystems genutzt, in dem Integrations- und Sprachdefizite behoben oder zumindest vermindert werden können. Dadurch werden die Chancen auf einen unproblematischen Schulbeginn der Kinder mit Migrationshin-

²⁴¹ Siehe Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): 6. Familienbericht, Familien ausländischer Herkunft in Deutschland: Leistungen - Belastungen - Herausforderungen, Berlin 2005, S. 215.

²⁴² 7. Lagebericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2007, a. a. O., Anhang, Tabelle 4.

²⁴³ Siehe hierzu Kapitel III Bildungschancen, Abschnitt III.5 Bildungserfolg, Bildungsbeteiligung und sozioökonomischer Hintergrund.

tergrund verbessert. Sprachförderung für Kinder und Jugendliche wird ferner zunehmend institutionenübergreifend und durchgängig für alle Bildungseinrichtungen konzipiert und endet damit nicht mit dem Verlassen der Kindertagesstätte oder der Grundschule.²⁴⁴

IX.7 Gesundheitszustand und Wohnsituation

Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass Migranten/Migrantinnen häufiger nachteiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Die vergleichsweise geringeren Bildungschancen, höheren Belastungen am Arbeitsplatz²⁴⁵ und niedrigeren Einkommen von Migranten/Migrantinnen sind vielfach mit negativen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit verbunden.²⁴⁶ Sprachprobleme, Informationslücken und unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit können weitere Barrieren für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sein. Bei Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migranten/Migrantinnen sind aber die große Heterogenität dieser Gruppe, ihre kulturellen Besonderheiten sowie Ressourcen mit protektiver Wirkung für die Gesundheit zu beachten. Je nach Herkunftsland, Einwanderergeneration und sozialem Status zeigen sich große Unterschiede.

Nach den Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2006 haben Frauen und Männer mit ausländischer Nationalität im Vergleich zu deutschen Frauen und Männern häufiger eine gute oder sehr gute Gesundheit²⁴⁷ (Frauen 48% gegenüber 41% und Männer 48% gegenüber 46%). Bezüglich gesundheitsbedingter Einschränkungen im alltäglichen Leben und dem Auftreten körperlicher Schmerzen zeigt sich allerdings das umgekehrte Bild. Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind zweimal häufiger aufgrund gesundheitlicher Probleme im Alltag beeinträchtigt als deutsche Männer, ausländische Frauen 1,6-mal häufiger als deutsche Frauen. Über starke körperliche Schmerzen berichten Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit mit 12% häufiger als deutsche Männer mit 9%. Bei Frauen finden diese Unterschiede mit Anteilen von 17% und 12% einen noch stärkeren Niederschlag.²⁴⁸

Unterschiede lassen sich bei verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken wie Übergewicht und Rauchen beobachten. Die Mikrozensusdaten aus dem Jahr 2005 belegen, dass Frauen mit

²⁴⁴ Siehe beispielsweise das BLK-Modellprogramm „FörMig“, vgl. 7. Lagebericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2007, a. a. O., Abschnitt II 2.1.4.

²⁴⁵ Erwerbstätige mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund z. B. wesentlich häufiger als Arbeiter tätig (47,6% gegenüber 25,9% ohne Migrationshintergrund), vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden 2007, S. 8.

²⁴⁶ Lampert, T./Ziese, T.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2005, S. 28ff.

²⁴⁷ Der Indikator berücksichtigt die subjektive Selbsteinschätzung.

²⁴⁸ Siehe Lampert T./Hagen, C./Dunkelberg, A./Kroll, L. E./Ziese, T.: Lebenslagen und Gesundheit, Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin 2008, im Erscheinen.

Migrationshintergrund ab einem Alter von 35 Jahren zunehmend häufiger von starkem Übergewicht (Adipositas) betroffen sind als gleichaltrige Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei den Männern zeigen sich lediglich geringfügige Unterschiede mit einer tendenziell höheren Betroffenheit in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Der Anteil regelmäßiger Raucher liegt bei Männern mit Migrationshintergrund ab einem Alter von 25 Jahren deutlich über dem der Männer ohne Migrationshintergrund. Im Gegensatz dazu ist der Anteil regelmäßiger Raucherinnen in allen Altersgruppen bei Frauen ohne Migrationshintergrund höher.²⁴⁹

Mit Blick auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems ist die Datenlage für Vergleiche zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund noch sehr unzureichend. Die vorliegenden Studien liefern einzelne Hinweise darauf, dass Personen mit Migrationshintergrund seltener Gripeschutzimpfungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch nehmen. Auch Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und schwangerschaftsbegleitende Angebote werden von Migrantinnen seltener wahrgenommen. Ebenso werden Rehabilitationsmaßnahmen seltener von Migranten wahrgenommen als von Deutschen. Während eine niedrigere Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten beobachtet wird, nutzen Zuwanderer überproportional häufig die Notfallambulanzen von Krankenhäusern.²⁵⁰

Migrantenspezifische Unterschiede im Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten zeigen sich bereits im Kindes- und Jugendalter. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund leiden seltener unter chronischen Krankheiten wie Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen.²⁵¹ Das Erkrankungsrisiko an Tuberkulose ist bei Kindern mit Migrationshintergrund allerdings höher als bei deutschen Kindern. Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys belegen darüber hinaus, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund seltener Sport treiben, sich ungesünder ernähren, häufiger übergewichtig sind und seltener an den Untersuchungen zur Früherkennung für Kinder teilnehmen als deutsche Gleichaltrige.²⁵²

Wohnsituation

Im Jahr 2006 lag die durchschnittliche Pro-Kopf Wohnfläche bei 45 Quadratmetern.²⁵³ Im Jahr 2006 lag bei Haushalten mit ausländischem Haushaltsvorstand die durchschnittliche Pro-Kopf Wohnfläche mit 30 m² um ein Drittel niedriger als beim Durchschnitt aller Haushalte (**siehe An-**

²⁴⁹ Zu Tendenzen in der Gesamtbevölkerung siehe hierzu auch Kapitel VI Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit.

²⁵⁰ Siehe hierzu Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2008, a. a. O.

²⁵¹ Siehe hierzu auch Teil C Abschnitt VI.1.1. Krankheitsbelastung.

²⁵² Siehe Lampert T./Hagen, C./Dunkelberg, A., Kroll, L. E./Ziese, T. (2008), a. a. O.

²⁵³ Die folgenden Zahlen entstammen dem Sozioökonomischen Panel des DIW. Die durchschnittlichen Wohnflächen werden als Medianwert angegeben. Die Angaben aus dem Sozioökonomischen Panel unterscheiden sich aufgrund der methodischen Differenzen von Daten des Mikrozensus, der ebenfalls Angaben zur Wohnsituation erfasst.

hangtabelle A. IX.1). In den Haushalten mit mindestens einer ausländischen oder zugewanderten Person lag sie bei 32 m². Ausländische Haushalte waren zudem überdurchschnittlich groß. Während in einem mittleren Haushalt in Deutschland im Jahr 2006 jeweils 2,1 Personen lebten, waren es in Haushalten mit ausländischem Haushaltsvorstand durchschnittlich 3,1 Personen. Betrachtet man ausschließlich die Mieterhaushalte, so liegen die durchschnittlichen Wohnflächen pro Person in Haushalten mit ausländischem Haushaltsvorstand sogar nur bei 27 m² gegenüber 41 m² im Durchschnitt aller Mieterhaushalte.

Die Bruttokaltmiete, die ein ausländischer Haushalt 2006 für seine Wohnung zahlte, lag im Durchschnitt bei 6,12 Euro pro m², die von Zuwandererhaushalten bei 6,14 Euro pro m² und damit etwas niedriger als die durchschnittliche Bruttokaltmiete aller Mieterhaushalte (6,21 Euro pro m²). Große Unterschiede bei der Wohnungsversorgung zeigen sich im Anteil von Haushalten, die in selbst genutztem Wohneigentum leben. Unter der Gesamtbevölkerung waren im Jahr 2006 43% der Haushalte Eigentümerhaushalte, bei ausländischem Haushaltsvorstand lag der Anteil bei 24%. Dabei ist die Eigentümerquote von ausländischen Haushalten zwischen 1998 und 2006 aber um 10% angestiegen.

IX.8 Situation von Personen, die sich unerlaubt in Deutschland aufhalten

Von aufenthaltsrechtlicher Illegalität wird ausgegangen, wenn die geltenden gesetzlichen Regelungen von Einreise und Aufenthalt nicht erfüllt werden.²⁵⁴ Dies betrifft insbesondere Personen, die keinen asyl- oder ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus besitzen, keine ausländerrechtliche Duldung vorweisen können und daher nicht im Ausländerzentralregister (AZR) oder anderweitig behördlich erfasst sind.²⁵⁵ Belastbare Zahlen über den Umfang illegaler Migration in Deutschland liegen nicht vor.

In Deutschland hat sich eine öffentliche Diskussion zur Thematik „Illegalität“ entwickelt. In der Diskussion stehen sich die ordnungspolitisch orientierte Sichtweise einerseits und die menschenrechtlich orientierte Position andererseits gegenüber. Aufgrund einer unzureichenden Datenlage²⁵⁶ können keine belastbaren Aussagen über den Gesamtumfang²⁵⁷ sowie die Alters- und Sozialstruktur²⁵⁸ des Personenkreises gemacht werden. Hinweise auf die soziale Situation

²⁵⁴ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Migrationsbericht 2005, Nürnberg 2005, S. 88.

²⁵⁵ Weitere einschlägige Veröffentlichungen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge: Loeffelholz, H. D. et al.: Illegal aufhältige Drittstaatenangehörige in Deutschland, Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks, Nürnberg 2006; sowie Worbs, S. et al.: Illegalität von Migranten in Deutschland. Zusammenfassung des Forschungsstandes, Working Papers 2/2005, Nürnberg 2005.

²⁵⁶ Zur allg. Datenlage vgl. Loeffelholz et. al. 2006 a. a. O., S. 45ff.; sowie Schönwälder, K. et al.: Migration und Illegalität in Deutschland, AKI-Forschungsbilanz 1, Berlin 2004, S. 11ff.

²⁵⁷ Anhaltspunkte und Entwicklungstendenzen bzgl. des Umfangs unkontrollierter Migration werden im Migrationsbericht 2005 anhand statistischer Daten der Bundespolizei dargestellt, vgl. Migrationsbericht 2005, S. 88-93.

²⁵⁸ Zu Angaben bzgl. der Alters- und Sozialstruktur vgl. Publikationen mit Übersichten über den aktuellen Forschungsstand: Cyrus, N.: Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung - Wechselwirkungen - Politische Optionen, Bericht für den Sachverständigenrat f. Zuwanderung und Integration, Oldenburg 2004; sowie Krieger, W. u a.: Lebenslage „illegal“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main,

von Personen, die sich ohne Aufenthaltstitel oder Duldung unerlaubt in Deutschland aufhalten, können lokalen, qualitativ-empirischen Studien²⁵⁹ entnommen werden, deren Aussagen allerdings nicht ohne weiteres verallgemeinert werden können.

²⁵⁹ Karlsruhe 2006; sowie Loeffelholz et al. 2006, a. a. O.; sowie Schönwälder et al. 2004, a. a. O.; sowie Worbs et al. 2005 a. a. O.
Vgl. Anderson, P.: Dass sie uns nicht vergessen. Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München, München 2003; sowie Alt, J.: Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex illegale Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands, Karlsruhe 2004; sowie Alt, J.: Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation „illegaler Migranten“ ausgehend von der Situation in Leipzig, Karlsruhe 1999; sowie Ascher, S. et al.: Illegal anwesende und illegal beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer in Berlin. Lebensverhältnisse, Problemlagen, Empfehlungen, in: Demografie aktuell (2001)17, Berlin 2001. Vgl. ebenso Übersichten über aktuellen Forschungsstand a. a. O.

IX.9 Zusammenfassung: Lebenslagen von Personen mit Migrationshintergrund

2006 lebten in Deutschland 7,3 Mio. Ausländerinnen und Ausländer unter den 14,8 Mio. Personen mit Migrationshintergrund (knapp ein Fünftel der Gesamtbevölkerung). Schulische und berufliche Bildung, Erwerbsbeteiligung, Einkommenssituation, Gesundheit, Wohnen und Familienstrukturen sind entscheidend für ihre gesellschaftliche Integration.

Fehlende schulische und berufliche Qualifikationen bzw. nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, etwaige Diskriminierungen durch Arbeitgeber, Sprachbarrieren, Branchenabhängigkeiten sowie unterschiedliches Erwerbsverhalten sind Ursachen für die schwächere Einkommenssituation. 2006/2007 besuchten über 38% der ausländischen Jugendlichen die Hauptschule gegenüber nur knapp 15% der deutschen Jugendlichen. Fast die Hälfte der Deutschen (45%) besuchte ein Gymnasium; bei den ausländischen Schülerinnen und Schülern war dies nur je-
de/r Fünfte (21%). Rund 13% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund verbleiben ohne Schulabschluss und damit deutlich häufiger als Deutsche ohne Migrationshintergrund mit rund 2%. Auf der anderen Seite haben Personen mit Migrationshintergrund etwa genauso häufig einen höheren Abschluss (Hochschul- und Fachhochschulreife).

Der Zugang zum Arbeitsmarkt wird durch die unzureichende berufliche Ausbildung deutlich erschwert: 37% der Männer und knapp 50% der Frauen mit Migrationshintergrund besitzen im Alter ab 25 Jahren keine beruflichen Abschlüsse. Die schlechte Bildungs- und Ausbildungs-
beteiligung spiegelt sich in der relativ hohen Arbeitslosigkeit sowie relativ geringen Erwerbsbeteiligungsquote wider. Es sind vor allem die jungen Erwachsenen mit türkischem Hintergrund sowie aus anderen ehemaligen Anwerberstaaten, die die größten Probleme beim Übergang in die Erwerbstätigkeit haben. In dieser Gruppe sind besonders viele weiblichen Nichterwerbs-
personen. Seit 2006 profitieren aber auch Ausländer vom konjunkturellen Aufschwung. Im Dezember 2007 sank ihre Arbeitslosigkeit gegenüber dem Vorjahr um 76.000 (12,8%).

Personen mit Migrationshintergrund sind auch häufiger einem Armutsrisiko ausgesetzt. Entsprechend hoch ist die Inanspruchnahme von Transferleistungen: Im Jahresdurchschnitt 2007 waren von rund 5,3 Mio. Arbeitslosengeld II-Beziehern rund 978.000 Ausländer und damit überproportional viele im Vergleich zu ihrem Bevölkerungsanteil von rund 10%. Bei den ab 65-
jährigen ausländischen Männern bezog mehr als jeder zehnte Grundsicherungsleistungen (Deutsche 1,4%), bei den ausländischen Frauen ab 65 Jahren gut jede sechste (Deutsche 2,2%). Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stocken dabei im Regelfall vorhandenes Einkommen auf.

Für den Prozess der Integration ist die Familie ein wichtiger Faktor. Das Festhalten an traditionellen Familienformen kann zu Problemen für individuelle Entwicklungen und den sozialen Aufstieg einzelner Familienmitglieder führen, insbesondere für Frauen und hier geborene Kinder. Auch bei Kindern mit Migrationshintergrund ist die Abhängigkeit des Bildungserfolges von den Bildungsabschlüssen der Eltern feststellbar. Sprachförderung für Kinder und Jugendliche als Voraussetzung für gelingende Integration wird zunehmend institutionenübergreifend und durchgängig für alle Bildungseinrichtungen konzipiert.

Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass Migrantinnen und Migranten häufiger nachteiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Unterschiede im Gesundheitsverhalten gibt es schon bei Kindern und Jugendlichen: Sie treiben seltener Sport, ernähren sich ungesünder, sind häufiger übergewichtig und nehmen seltener an den Früherkennung-Untersuchungen teil. Je nach Herkunftsland, Einwanderergeneration und sozialem Status bestehen jedoch große Unterschiede.

2 Bevölkerung nach detailliertem Migrationsstatus,

Insgesamt

Lfd. Nr.	Detaillierter Migrationsstatus	Insgesamt	Davon im Alter von ...			
			unter 5	5 – 10	10 – 15	15 – 20
1	Bevölkerung insgesamt.....	82 257	3 419	3 779	3 890	4 746
2	Personen ohne Migrationshintergrund.....	66 846	2 262	2 640	2 802	3 609
3	Personen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinn	–	–	–	–	–
4	darunter: Migrationshintergrund nicht durchgängig bestimmbar ¹	–	–	–	–	–
5	Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn	15 411	1 158	1 139	1 089	1 137
	– mit derzeitiger bzw. früherer Staatsangehörigkeit					
6	Europa.....	8 499	369	479	584	612
7	o EU-27.....	3 686	185	200	207	230
8	· Griechenland.....	384	16	17	24	22
9	· Italien.....	761	35	46	51	63
10	· Polen.....	638	32	31	32	33
11	· Rumänien.....	240	11	7	9	9
12	o Sonstiges Europa.....	4 813	184	279	377	383
13	· Bosnien und Herzegowina.....	283	10	15	19	19
14	· Kroatien.....	373	13	18	21	18
15	· Russische Föderation.....	561	22	22	23	39
16	· Serbien.....	391	25	27	34	28
17	· Türkei.....	2 527	85	156	237	231
18	· Ukraine.....	215	8	10	10	13
19	Afrika.....	480	43	35	29	32
20	Amerika.....	346	29	29	27	25
21	o Nordamerika.....	163	13	12	12	13
22	Asien, Australien und Ozeanien.....	1 501	91	102	106	108
23	o Naher und Mittlerer Osten.....	708	39	43	45	57
24	· Kasachstan.....	215	/	8	9	17
25	o Süd- und Südostasien.....	562	36	45	49	41
26	Ohne Angabe bzw. unzutreffend.....	4 586	625	493	343	360
	– mit einer Aufenthaltsdauer von					
27	· Geburt an.....	4 678	1 092	984	841	668
28	· unter 5 Jahren.....	1 182	62	62	55	64
29	· 5 – 10 Jahren.....	1 644	/	87	103	106
30	· 10 – 15 Jahren.....	1 760	–	/	85	154
31	· 15 – 20 Jahren.....	2 095	–	–	/	136
32	· 20 Jahren und mehr.....	3 853	–	–	–	/
33	· ohne Angabe zum Zuzugsjahr.....	198	/	/	/	9
34	Personen mit eigener Migrationserfahrung.....	10 534	50	141	238	454
	– mit derzeitiger bzw. früherer Staatsangehörigkeit					
35	Europa.....	5 872	24	61	111	201
36	o EU-27.....	2 545	14	26	39	58
37	· Griechenland.....	240	–	/	/	7
38	· Italien.....	431	/	/	5	10
39	· Polen.....	529	/	8	10	13
40	· Rumänien.....	207	/	/	/	7
41	o Sonstiges Europa.....	3 327	10	35	72	143
42	· Bosnien und Herzegowina.....	217	/	/	/	13
43	· Kroatien.....	251	/	/	/	/
44	· Russische Föderation.....	510	/	11	17	35
45	· Serbien.....	287	/	/	11	19
46	· Türkei.....	1 511	/	7	20	36
47	· Ukraine.....	192	/	/	7	12
48	Afrika.....	342	/	/	7	11
49	Amerika.....	233	/	6	8	10
50	Nordamerika.....	101	/	/	/	/

14 Lebensformen* nach Migrationsstatus von Haupteinkommensbezieher und Mitgliedern,

Lfd. Nr.	Migrationsstatus der Bezugsperson und der Mitglieder der Lebensform	Familien							
		insgesamt	davon mit		Zahl der Kinder im Schnitt	dar. Ehepaare			
			1	2 und mehr		insge- samt	davon mit		Zahl der Kinder im Schnitt
							1	2 und mehr	
		in 1 000		in 1 000					
1	Lebensformen insgesamt.....	12 293	6 323	5 911	1,6	8 886	4 014	4 840	1,7
	darunter:								
	nach dem Migrationsstatus der Bezugsperson in der Lebensform Bezugsperson in Lebensform ist:								
2	Person ohne Migrationshintergrund.....	9 668	5 164	4 452	1,6	6 804	3 193	3 583	1,7
3	Personen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinn..	–	–	–	–	–	–	–	–
4	darunter: Migrationshintergrund nicht durchgängig bestimmbar¹.....	–	–	–	–	–	–	–	–
5	Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn ..	2 625	1 158	1 459	1,8	2 082	821	1 257	1,9
	— mit derzeitiger bzw. früherer Staatsangehörigkeit								
6	Europa.....	1 587	678	904	1,8	1 266	485	779	1,9
7	o EU-27.....	573	297	274	1,6	427	202	224	1,7
8	· Griechenland.....	75	37	37	1,6	60	28	32	1,7
9	· Italien.....	148	69	78	1,7	118	50	68	1,8
10	· Polen.....	99	54	45	1,6	69	34	34	1,7
11	· Rumänien.....	32	18	14	1,5	25	13	12	1,6
12	o Sonstiges Europa.....	1 014	381	630	2,0	839	283	555	2,0
13	· Bosnien und Herzegowina.....	57	29	28	1,4	45	21	24	1,7
14	· Kroatien.....	67	34	33	1,6	52	24	28	1,7
15	· Russische Föderation.....	115	56	58	1,7	91	40	51	1,8
16	· Serbien und Montenegro.....	75	28	47	2,1	61	19	42	2,2
17	· Türkei.....	581	183	398	2,1	497	143	353	2,2
18	· Ukraine.....	32	21	11	1,4	23	14	8	1,5
19	Afrika.....	94	38	56	2,0	67	24	43	2,2
20	Amerika.....	41	21	20	1,7	27	11	15	1,8
21	o Nordamerika.....	22	10	11	1,7	17	7	10	1,8
22	Asien, Australien und Ozeanien.....	276	107	169	2,0	224	77	146	2,1
23	o Naher und Mittlerer Osten.....	143	56	86	2,1	118	43	75	2,2
24	· Kasachstan.....	49	24	25	1,7	42	20	22	1,7
25	o Süd- und Südostasien.....	102	35	67	2,0	80	23	57	2,1
26	Ohne Angabe bzw. unzutreffend.....	626	314	310	1,7	499	224	274	1,7
27	Person mit eigener Migrationserfahrung.....	2 382	1 037	1 339	1,8	1 901	738	1 160	1,9
28	Ausländer/-in.....	1 236	521	712	1,9	973	369	603	2,0
29	Deutsche/r.....	1 146	516	627	1,8	929	369	557	1,9
30	• (Spät-)Aussiedler.....	567	285	280	1,7	454	204	248	1,7
31	• durch Einbürgerung.....	579	231	346	1,9	475	165	309	2,0
32	Person ohne eigene Migrationserfahrung.....	242	122	120	1,7	181	84	97	1,7
33	Ausländer/-in.....	157	77	80	1,7	118	53	65	1,7
34	Deutsche/r.....	85	45	40	1,6	63	31	32	1,7
35	• durch Einbürgerung.....	53	23	30	1,8	42	17	25	1,8
	• mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.....	32	22	10	1,4	21	14	7	1,4
36	o mit beidseitigem Migrationshintergrund.....	7	5	/	1,4	7	5	/	1,4
37	o mit einseitigem Migrationshintergrund.....	25	17	8	1,4	13	8	/	1,5
38									

Art der Lebensform und Zahl der Kinder sowie dem Grad der Armutsgefährdung

dar.: Familien mit Kindern unter 18 Jahren								Anteil der armutsgefährdeten* Lebensformen bei ...								Lfd. Nr.
insge- samt	davon mit		Zahl der Kinder im Schnitt	dar. Ehepaare				den Lebens- formen insge- samt	Familien		dar. mit Kindern unter 18 Jahren		dar. Allein- erzie- henden	sonst- igen Lebens- formen		
	1	2 und mehr		insge- samt	davon mit		Zahl der Kinder im Schnitt		insge- samt	dar. Ehe- paare	insge- samt	dar. Ehe- paare				
					1	2 und mehr										
															Kindern	
in 1 000			in 1 000			in Prozent										
8 590	4 520	4 070	1,6	6 344	2 978	3 365	1,7	14,4	15,4	11,8	20,2	15,2	26,1	14,0	1	
6 605	3 593	3 012	1,6	4 732	2 290	2 442	1,6	12,1	11,7	7,2	15,6	9,2	23,8	12,2	2	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
1 985	927	1 058	1,8	1 612	688	923	1,8	27,3	28,8	27,1	35,5	32,7	36,9	26,1	5	
1 220	557	663	1,8	998	419	580	1,8	26,5	28,3	26,9	34,0	31,7	35,2	25,1	6	
410	224	186	1,6	311	158	153	1,6	18,0	18,4	15,4	23,3	19,3	29,8	17,7	7	
50	27	23	1,6	42	22	20	1,6	40,1	38,2	39,6	27,2	27,3	33,7	41,6	8	
106	56	50	1,6	86	43	44	1,6	18,7	18,0	16,8	22,8	20,7	22,8	19,3	9	
75	43	32	1,5	52	28	24	1,6	21,8	25,4	20,4	31,3	25,3	38,9	19,9	10	
23	13	10	1,5	18	9	9	1,6	19,5	16,7	12,6	20,2	15,9	34,3	20,5	11	
810	333	477	1,9	687	261	426	1,9	33,7	33,8	32,7	39,5	37,3	39,1	33,6	12	
43	22	21	1,6	36	17	19	1,7	27,2	23,9	21,1	29,4	24,8	36,9	30,0	13	
44	21	22	1,7	35	15	20	1,7	17,8	16,8	15,2	22,9	19,1	22,6	18,5	14	
87	45	41	1,6	71	34	37	1,7	37,6	31,1	31,2	37,5	36,4	30,1	43,5	15	
63	24	38	2,0	52	18	34	2,1	31,3	39,9	39,2	46,8	44,9	42,7	23,1	16	
479	177	302	2,0	418	146	272	2,0	35,7	35,4	33,9	40,2	37,8	43,1	36,1	17	
24	16	8	1,4	18	11	7	1,5	48,3	46,8	43,6	52,6	48,7	54,9	49,0	18	
85	39	46	1,9	60	25	35	2,0	43,0	48,7	45,1	52,8	49,0	58,5	38,4	19	
33	17	16	1,7	22	10	12	1,8	25,3	23,9	19,4	28,6	23,1	38,1	26,1	20	
16	7	9	1,8	13	5	8	1,9	19,2	15,4	15,1	19,8	18,3	23,6	21,0	21	
229	97	132	1,9	190	74	116	2,0	41,1	43,7	42,6	49,2	47,0	48,7	38,9	22	
115	49	66	2,0	98	40	58	2,1	41,1	42,9	41,9	49,2	47,0	47,5	39,5	23	
35	18	17	1,7	30	15	15	1,7	36,1	35,7	32,6	45,3	41,0	51,3	36,5	24	
87	33	54	1,9	70	23	47	2,0	43,7	48,5	47,3	53,2	50,6	55,3	38,5	25	
417	217	201	1,6	341	160	180	1,7	21,7	21,1	18,5	29,0	25,3	31,4	22,1	26	
1 807	842	965	1,8	1 473	627	846	1,8	27,7	29,3	27,6	35,8	33,1	37,1	26,6	27	
976	441	535	1,8	783	324	459	1,9	33,1	35,0	33,3	40,8	38,1	43,1	31,7	28	
831	401	430	1,7	690	303	387	1,8	21,7	23,1	21,6	29,9	27,5	30,2	20,7	29	
385	202	183	1,6	315	150	165	1,7	21,2	20,4	17,7	27,4	23,7	31,4	21,7	30	
445	199	246	1,8	374	153	222	1,9	22,4	25,8	25,2	32,0	30,7	28,9	19,2	31	
178	85	93	1,7	138	61	77	1,7	22,3	24,4	21,6	32,2	27,5	34,9	20,6	32	
127	61	67	1,7	99	44	55	1,7	22,9	26,5	23,1	31,8	26,9	39,2	20,3	33	
51	25	26	1,7	39	17	22	1,7	21,0	20,7	18,7	33,0	29,1	27,7	21,3	34	
44	20	24	1,7	35	15	20	1,7	23,2	27,6	24,8	32,9	29,8	45,9	19,9	35	
7	/	/	1,4	/	/	/	1,6	15,4	9,1	6,3	33,6	23,8	12,9	27,8	36	
/	/	/	1,3	/	/	/	1,3	4,0	4,0	4,1	28,6	32,7	-	/	37	
6	/	/	1,5	/	/	/	1,6	17,4	10,6	7,5	34,5	21,5	13,1	27,8	38	



English [URL: http://www.caritas-germany.org](http://www.caritas-germany.org)

[Rechte Spalte]

Weitere Informationen



Einkommen und Armut

Die Bundeszentrale für politische Bildung zeigt mit vielen Statistiken und Grafiken, wie sich Einkommen und Armut in Deutschland entwickeln. [Arm und Reich im Überblick](http://www.bpb.de/wissen/RCGM2R,,0,Einkommen_und_Armut.html) [URL: http://www.bpb.de/wissen/RCGM2R,,0,Einkommen_und_Armut.html](http://www.bpb.de/wissen/RCGM2R,,0,Einkommen_und_Armut.html)

[Mittlere Spalte]

Arme Familien - arme Kinder

Benachteiligungen von Anfang an

Einmal arm, immer arm. Vielen Kindern aus Familien mit geringem Einkommen droht das gleiche Schicksal wie ihren Eltern. Sie können ihr Potenzial nicht abrufen, weil sie dazu nie die Chance bekommen.



Bereits im Vorschulalter sind ungleiche Lebenschancen von Kindern erkennbar. Rund 40 Prozent der Kinder aus armen Haushalten weisen Mängel in der Grundversorgung auf. Sie leben in zu engen Wohnungen, tragen alte oder kaputte Kleidung und kommen ohne Frühstück in den Kindergarten. Bis zum Ende der Grundschulzeit sind sogar 52 Prozent der armen Kinder von dieser Unterversorgung betroffen.

Während der Entwicklungsverlauf der besser gestellten Kinder stetig nach oben zeigt, verlieren benachteiligte Kinder häufig den Anschluss. Je früher und je länger ein Kind mit Benachteiligungen leben muss, desto gravierender sind die Folgen für seinen Alltag und seine Zukunftschancen.



Sparen, verzichten, einschränken

Armut in Deutschland bedeutet: Leben mit knappen Mitteln. Betroffene Familien sparen und verzichten, wo es geht. Am wenigsten bei Lebensmitteln, den Ausgaben für Schule oder Kinderkleidung. Verstärkt bei Hobbys, Kinderspielzeug oder dem Ausgehen. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zeigt: Massive Einschränkungen machen diese Familien bei der Kleidung der Eltern, der Wohnungseinrichtung und den Tagesausflügen. Einen längeren Urlaub können sich die meisten nicht leisten.

Spätfolgen sind vorprogrammiert

Kinder trifft dies besonders hart. Sie leiden darunter, wenn – trotz guter Haushaltsführung – ab dem 20. des Monats das Essen aus Nudeln und Weißbrot besteht, wenn Schulausflüge kaum zu finanzieren sind, kein Geld für Vereinsbeiträge da ist und das eigene Zimmer ein Traum bleibt. Sie leiden aber auch darunter, wenn ihre Eltern – aus welchen Gründen auch immer – keine Zeit für sie haben. Die Unterversorgung im materiellen und immateriellen Bereich hat Folgen für ihr ganzes Leben. Auch die Gesundheit leidet bei armen Kindern. <URL: 48008.html>

In Baden-Württemberg nur jedes 11. Kind auf „Sozialgeld“ nach SGB II angewiesen, bundesweit jedes 6. Kind

Prof. Lothar Eichhorn

Im Juni 2007 lebten bundesweit 1,9 Mill. Kinder unter 15 Jahren in Haushalten von „Hartz-IV-Empfängern“. Das entspricht einer Quote von gut 16 %. Dabei lassen sich zwei grundlegende Regionalstrukturen feststellen: Die Kinderarmut ist im Osten Deutschlands deutlich stärker ausgeprägt als im Süden und Südwesten. Die kreisfreien Städte bzw. Stadtkreise weisen höhere Kinderarmutsquoten auf als die Landkreise.

In Baden-Württemberg gab es nach Informationen der Bundesagentur für Arbeit im Juni 2007 insgesamt 147 073 Kinder unter 15 Jahren, die als „nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige“ im Haushalt von Empfängern von Grundsicherungsleistungen für Arbeitsuchende lebten. Dieser Personenkreis – Kinder im Haushalt von „Hartz-IV-Empfängern“ – bezieht das sogenannte „Sozialgeld“ nach SGB II. Er ist deutlich größer als der entsprechende Personenkreis, der Sozialhilfe bezieht, denn Ende 2006 gab es in Baden-Württemberg nur 868 Sozialhilfebezieher (HLU-Leistungen) im Alter von unter 15 Jahren.¹ Damit sind infolge der Arbeitsmarktreformen, deren wichtigster Bestandteil sicherlich die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Hilfebedürftige war, die Daten der Bundesagentur für Arbeit der derzeit bestgeeignete Indikator für die Abbildung der regionalen Struktur der Kinderarmut.

In Deutschland waren im Juni 2007 1 900 180 Kinder unter 15 Jahren „Hilfebedürftige“ im Sinne von SGB II. Das bedeutete bundesweit – trotz der verbesserten Arbeitsmarktdaten – eine leichte Zunahme um 0,54 % und entsprach einem Anteil von 16,3 % an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung.² In Baden-Württemberg nahm die Zahl der hilfebedürftigen Kinder vom Juni 2006 bis Juni 2007 um 1,9 % ab. Damit lag die „Armutsquote“ der Kinder unter 15 Jahren in Baden-Württemberg bei 8,9 %. Jedes 11. Kind ist damit auf Hartz-IV-Leistungen angewiesen; im Bundesdurchschnitt war es jedes 6. Kind.

Der Begriff „Armutsquote“ und „Kinderarmut“ wird hier bewusst in einem etwas plakativen Sinn gebraucht, weil er kürzer, knapper und

weniger bürokratisch ist als „Empfängerquote von Leistungen von SGB II“. Man muss aber deutlich darauf hinweisen, dass es sich hier um Kinder handelt, die – aufgrund der Lebensumstände ihrer Eltern – in Armut leben *würden*, gäbe es die SGB-II-Leistungen *nicht*. Es handelt sich hier also um Informationen über die öffentlich-behördlich wahrgenommene und bekämpfte Armut.

Ost-West- und Nord-Süd-Gefälle der Kinderarmut in Deutschland

Das thematische Schaubild zeigt die regionalen Grundstrukturen der so definierten Kinderarmut für alle kreisfreien Städte und Landkreise in Deutschland. Die regionalen Quoten reichen von einem Minimum von 2,7 (Landkreis Eichstätt, Bayern) bis zu einem Maximum von 43,7 % (Stadt Görlitz, Sachsen). Der Landkreis (LK) Eichstätt liegt weit im Süden der Republik etwas nördlich von Ingolstadt und Görlitz ist die östlichste Stadt Deutschlands an der polnischen Grenze. Zwei regionale Grundstrukturen zeigen sich schon an diesen beiden Extremwerten exemplarisch: Ganz allgemein sind die Quoten der Kinderarmut im Süden Deutschlands eher niedrig (Bayern 8,0 %, Baden-Württemberg 8,9 %) und im Osten sowie in Großstädten eher hoch: Berlin – „arm, aber sexy“ – weist eine Quote von 37,5 % auf, Sachsen-Anhalt eine von 32,4 % und Hamburg eine von 32,5 %. Im prosperierenden Hamburg ist damit fast jedes 3. Kind auf SGB-II-Leistungen angewiesen – es gibt also breite Bevölkerungsschichten, die am derzeitigen Konjunkturaufschwung noch nicht wirklich partizipieren.

Das *Schaubild* teilt die 439 Landkreise und kreisfreien Städte Deutschlands – im folgenden „Kreise“ – in 7 Kategorien ein. Die günstigste Kategorie, in der sich 92 Kreise mit Quoten unter 8,0 % befinden, ist dunkelblau eingefärbt, die ungünstigste Kategorie mit 39 Kreisen über 33,0 % ist dunkelrot eingefärbt. 92 Kreise weisen vergleichsweise günstige Quoten zwischen 8,0 und 13,0 % auf (hellblau) und 82 Kreise haben Quoten zwischen 13,0 und 18,0 % und liegen damit im Bundesdurchschnitt von 16,3 % (hellgelb). Alle anderen Kreise liegen mehr

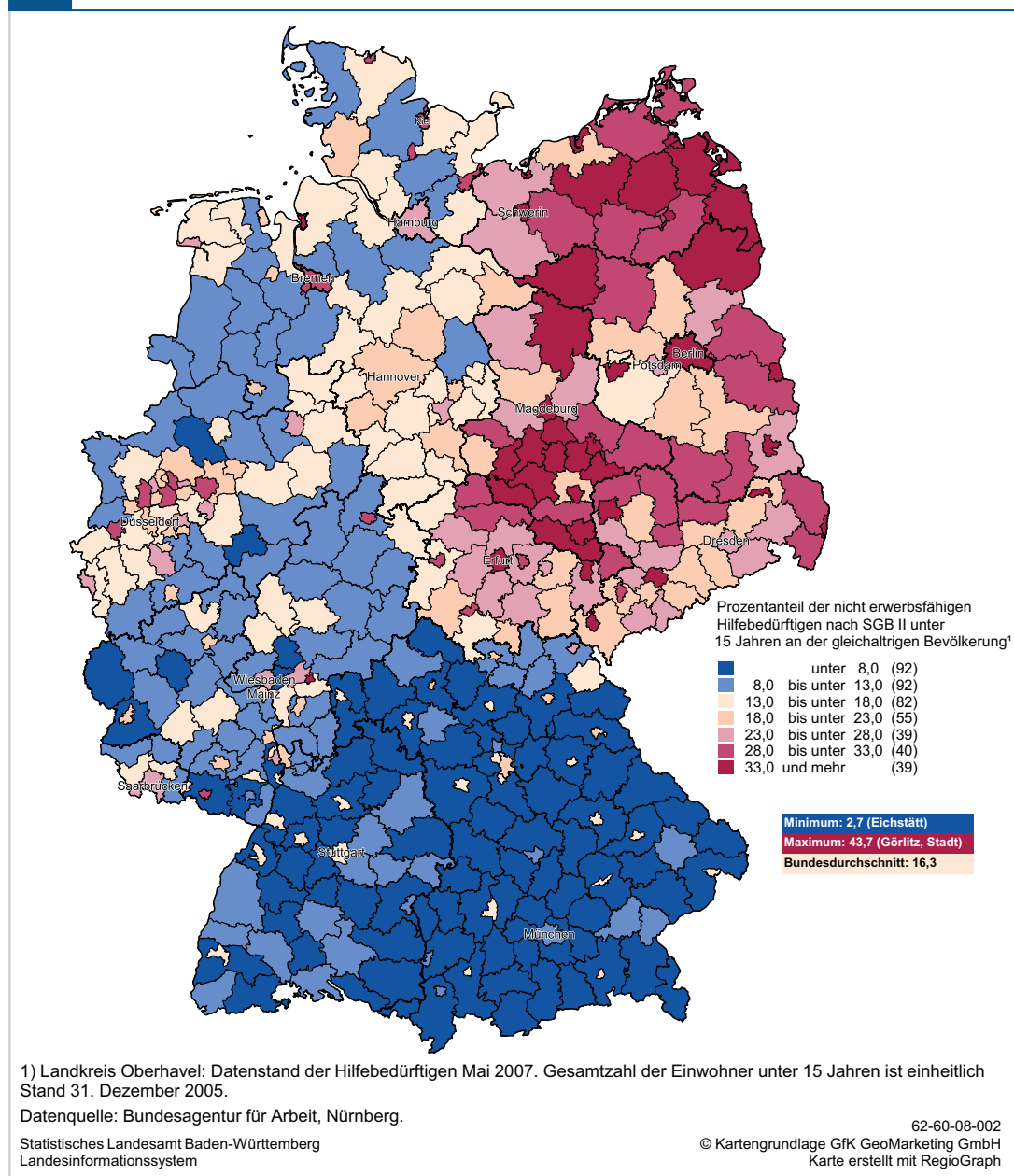


Prof. Lothar Eichhorn ist Professor für Politikwissenschaften an der Universität Hannover und Fachgebietsleiter im Landesbetrieb für Statistik und Informations-technologie Niedersachsen.

1 Datenquelle: Sozialhilfestatistik Baden-Württemberg.

2 Alle absoluten Zahlen basieren auf Daten der Bundesagentur für Arbeit, die diese in ihrem ausführlichen Internetprogramm publiziert hat, vgl. <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/index.shtml>. Die Bundesagentur merkt dazu unter anderem methodisch an: „Die aus dem Verfahren A2LL gewonnen Detail-/Strukturdaten beziehen sich auf die bis zum 8. September 2007 im DV-Verfahren erfassten Leistungsfälle (Bedarfsgemeinschaften mit bewilligten Ansprüchen). Berücksichtigt wurden dabei ausschließlich Leistungsfälle, die zum Stichtag 14. Juni 2007 bewilligt (angeordnet) waren und am Stichtag keinen Ausschlussgrund/Beendigungsgrund hatten.“ Die Berechnung auf die entsprechende Bevölkerungsgruppe der unter 15-jährigen Kinder basiert demgegenüber auf Daten der amtlichen Statistik zum Stichtag 31. Dezember 2005; aktuellere Daten liegen derzeit zwar für Niedersachsen, aber noch nicht bundesweit vor.

S Regionale Kinderarmut in Deutschland im Juni 2007



oder weniger deutlich über dem Bundesdurchschnitt, wobei die 55 gelb kartierten Kreise mit Quoten zwischen 18,0 und 23,0 % nur relativ leicht über dem Bundesdurchschnitt liegen. Alle in drei verschiedenen Rot-Schattierungen dargestellten Kreise weisen im Bundesvergleich hohe bis sehr hohe Werte auf.

Die Kreise mit sehr niedrigen Quoten der Kinderarmut liegen überwiegend im Süden der Republik, vor allem in Bayern und Baden-Württemberg; die Kreise, in denen jedes 3. Kind auf SGB-II-Leistungen angewiesen ist, liegen ganz überwiegend im Osten Deutschlands. Auffällig sind vor allem großflächige Gebiete zwischen Magdeburg und Gera sowie im Nordosten vom

LK Güstrow bis zur Uckermark. Nur zwei Städte aus den westlichen Ländern, nämlich Offenbach am Main (34,8 %) und vor allem Niedersachsens Nachbarstadt Bremerhaven (40,1 %) liegen in dieser Kategorie. Dieses Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle stellt die dominierende Regionalstruktur der Kinderarmut dar. Es gibt nur 3 Landkreise aus dem Osten Deutschlands, die unter dem bundesdeutschen Mittelwert von 16,3 % liegen. Die sind die thüringischen LK Hildburghausen (15,1 %) und das Eichsfeld (14,5 %) und vor allem der LK Potsdam-Mittelmark mit 14,0 %.

Im Westen Deutschlands liegen umgekehrt nur kreisfreie Städte und kein einziger „normaler“ Landkreis³ in einer der drei höchsten Kategorien

3 Ausnahme: der Stadtverband Saarbrücken mit 24,5 %, der aber sehr deutlich von der Landeshauptstadt Saarbrücken geprägt ist.

mit Kinderarmutsquoten von 23 % und mehr. Dies zeigt die zweite Regionalstruktur: die Kinderarmut ist besonders stark in den Städten und deutlich weniger auf dem Lande ausgeprägt. Das liegt daran, dass vielfach die Städte immer noch an den Folgen des wirtschaftlichen Strukturwandels mit seinem Abbau von Industriearbeitsplätzen laborieren und, dass hier außerdem aus verschiedenen Gründen benachteiligte Bevölkerungsgruppen, vor allem Migranten und Alleinerziehende, stark vertreten sind.

Baden-Württemberg: Kinderarmut streut von 4,3 bis 22,6 %

Innerhalb Baden-Württembergs reicht die Spannweite der Kinderarmutsquoten von 4,3 % im Enzkreis und im Kreis Biberach bis zu einem

Maximum von 22,6 % im Stadtkreis Mannheim. Auch wenn das Land bundesweit eine erfreulich niedrige Quote aufweist, lässt sich doch auch hier die oben erwähnte Stadt-Land-Struktur feststellen: Außer Mannheim liegen auch die Stadtkreise Pforzheim (17,8 %) und Freiburg im Breisgau (17,3 %) über dem Bundesdurchschnitt von 16,3 %. Alle übrigen Kreise und Stadtkreise des Landes liegen unter dem Bundesdurchschnitt, wobei die Stadtkreise wie zum Beispiel die Landeshauptstadt Stuttgart (15,4 %), Karlsruhe (15,7 %) und Heilbronn (15,9 %) meist deutlich über dem Landesdurchschnitt von 8,9 % liegen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass sogar in Baden-Baden eine Kinderarmutsquote von 13,8 % auftritt. Die soziale Spaltung der Gesellschaft macht also auch vor schon traditionell reichen Städten nicht halt. ■

kurz notiert ...

Dritte RegioKonferenz zur Familienfreundlichkeit am 23. April 2008 in Ulm

Am 23. April 2008 findet von 9:15 bis 16:30 Uhr die RegioKonferenz „Gemeinsam für einen familienfreundlichen Standort“ im Haus der Wirtschaft der Industrie- und Handelskammer (IHK) Ulm statt. Eröffnet wird die RegioKonferenz von Arbeits- und Sozialministerin *Dr. Monika Stolz* MdL gemeinsam mit dem Leiter der Familienforschung Baden-Württemberg *Erich Stutzer* und dem Hauptgeschäftsführer der IHK Ulm *Otto Sälzle*. Die RegioKonferenz möchte die vielfältigen familienfreundlichen Aktivitäten im Alb-Donau-Kreis, im Landkreis Biberach, im Stadtkreis Ulm und im bayerischen Teil der Region Donau-Iller bündeln und die Verantwortlichen aus Kommunen, Unternehmen und Bürgerschaft zusammenführen, um neue Kooperationen zur Familienfreundlichkeit zu initiieren. Gastgeber der RegioKonferenz sind die IHK Ulm und die Familienforschung Baden-Württemberg des Statistischen Landesamtes. Die RegioKonferenz wird außerdem vom Universitätsklinikum Ulm als Kooperationspartner unterstützt.

Auf der Veranstaltung am 23. April 2008 soll diskutiert werden, wie wichtige Arbeitsfelder zur Kinder- und Familienfreundlichkeit in der Region gemeinsam weiter vorangebracht werden können. Im Mittelpunkt wird dabei das Thema Kooperationen für mehr Familienfreundlichkeit stehen. Dazu werden in den Werkstätten eine Fülle erfolgreich arbeitender Kooperationsmodelle vorgestellt. Wichtige Themen sind die

Verbesserung der Betreuungs- und Bildungsangebote für Kinder und Jugendliche, die Weiterentwicklung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf – auch zur Pflege älterer Familienangehöriger, familienfreundliche Lebensbedingungen, gegenseitiges Helfen und Lernen der Generationen sowie Steuerungsinstrumente für eine nachhaltige familienfreundliche Kommunalentwicklung.

Einladungsflyer und Anmeldebogen sind im Portal www.familienfreundliche-kommune.de abrufbar.

Ansprechpartnerin:
Christine Ehrhardt,
Familienforschung Baden-Württemberg des
Statistischen Landesamtes,
Tel. 0711/641-26 68
christine.ehrhardt@stala.bwl.de

Das StaLa auf der Messe „PFLEGE & REHA“

Vom 8. bis 10. April 2008 findet die Fachmesse für Altenpflege, Krankenpflege und Rehabilitation „PFLEGE & REHA 2008“ in der neuen Messe Stuttgart statt. Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg ist dort mit einem Messestand vertreten und präsentiert Daten, Verzeichnisse und Analysen rund um das Thema Pflege und Demografie sowie zu allen weiteren Informationsangeboten der amtlichen Statistik.

Besuchen Sie uns an unserem Stand in der Halle 4 (Stand 4B55)! ■



Samstag, 9. Januar 2010

Schlagzeilen Hilfe RSS Newsletter Mobil Wetter TV-Programm

SPIEGEL ONLINE POLITIK

NACHRICHTEN VIDEO THEMEN FORUM EINESTAGES ENGLISH DER SPIEGEL ABO SHOP

Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft UniSPIEGEL SchulSPIEGEL Reise Auto

Nachrichten > Politik > Deutschland

Login | Registrierung

23.03.2009

Drucken | Senden | Feedback

FOTOSTRECKE

Berliner "Arche": Wo arme Kinder ihre Sorgen vergessen

Kinderarmut**Suppe für die Seele**

Von Anja Berens

Die Wirtschaftskrise stürzt immer mehr Familien in Armut, drei Millionen Kinder sollen inzwischen betroffen sein. Kein warmes Mittagessen, keine neuen Kleider, kaum Chancen in der Schule: Ein Besuch bei Anna, Jenny - und Tim, dessen Familie sich noch nie einen Urlaub leisten konnte.

MEHR IM INTERNET**Homepage "Arche"**

SPIEGEL ONLINE ist nicht verantwortlich für die Inhalte externer Internetseiten.

ANZEIGE

ANZEIGE

SPARTIPP STROMWECHSEL

Sparen Sie bei Ihrer Stromrechnung
Kostenlos Stromanbieter verglichen & bis zu 400 € p.a. sparen - bei voller Versorgungssicherheit.

**Postleitzahl****kWh/Jahr****zum Vergleich >>**

Ein Service von CHECK24

Hamburg - Den dritten Teller Eintopf schafft sie nicht mehr. Anna* rührt in den letzten Rindfleischbrocken und verdreht die Augen hinter den Brillengläsern. Jetzt ist sie richtig satt.

"Ich hatte kein Frühstück", sagt sie entschuldigend. Wie so oft verbringt die Achtjährige auch diesen Nachmittag in der Arche - wo sie ein kostenloses warmes Mittagessen bekommt, wo sie mit ihren Freundinnen spielen kann, wo sie nicht alleine ist.



AP

Spielende Kinder: Immer mehr Familien sind von Armut betroffen

Annas Mutter kommt aus Ghana. Sie hat gleich zwei Jobs angenommen, um ihre beiden Töchter zu versorgen, der Vater lebt im Ausland. "Aber er kommt bald, und dann gehen wir zusammen nach London - oder in die USA", sagt das Mädchen voller Zuversicht.

Anna ist nicht die Einzige, die an diesem Tag ohne Frühstück in die Arche kommt. Sie ist eines von fast hundert Kindern, das seinen Nachmittag im rein spendenfinanzierten Haus des christlichen Kinder- und Jugendwerks in Jenfeld verbringt. Der Hamburger Stadtteil ist auf den ersten Blick nicht das, was man einen sozialen Brennpunkt nennen würde. Doch wo die gepflegte Einfamilienhausidylle endet, fängt der soziale Wohnungsbau an.

In Jenfeld verhungerte die kleine Jessica, deren Schicksal bundesweit für Schlagzeilen sorgte. In der vergangenen Woche gab es eine Messerstecherei unter Jugendlichen auf einem zentral gelegenen Spielplatz. Nicht zum ersten Mal.

"Jenfeld ist sehr durchmischt", sagt Tobias Lucht, der pädagogische Leiter der Arche. Die Einrichtung selbst ist ein Spiegel dieser sozialen und kulturellen Unterschiede. Viele muslimische Kinder sind darunter, deren Eltern oft arbeitslos sind. Kinder aus Familien, deren Aufenthaltsstatus ungeklärt ist. Kinder, deren Eltern krank sind. Die meisten kommen aus sozial schwachen Familien. "Viele merken, dass sie wenig Geld haben", sagt Lucht. Für Wolfgang Büscher, Autor und Sprecher des Kinderhilfsprojekts Arche, ist genau das die Definition von Kinderarmut: "Kinder sind arm, wenn sie merken, dass sie arm sind."

Wie viele Kinder in Deutschland überhaupt von Armut betroffen sind, dazu gibt es unterschiedliche Zahlen - weil es unterschiedliche Definitionen gibt. Mit der

unterschiedliche Zahlen - weil es unterschiedliche Definitionen gibt. Mit der existentiellen Armut, unter der Menschen in den Entwicklungsländern leiden, hat jene in Deutschland nichts gemein. Stattdessen wird der Begriff relative Armut verwendet. Darunter fallen jene Menschen, die über so geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel verfügen, dass ihnen gesellschaftliche Teilhabe verwehrt bleibt. Weil das schwer zu messen ist, spricht man in Deutschland auch von Einkommensarmut - also alle, denen weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

17 Prozent der Kinder sind in Deutschland nach einem Bericht des Prognos-Instituts für das Bundesfamilienministerium von Armut bedroht, jedes sechste Kind. Diese Zahl nennt auch Unicef in dem 2008 veröffentlichten "Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland".

Die Wirtschaftskrise schafft dabei allerdings neue Fakten. Statt bisher 2,5 Millionen sind in Deutschland inzwischen drei Millionen Kinder unmittelbar von Armut betroffen, sagt Büscher und verweist auf die alarmierenden Prognosen des Kinderschutzbundes. Dessen Präsident Heinz Hilgers hatte kürzlich einen dramatischen Anstieg von Kinderarmut in Deutschland prophezeit. Dies gelte umso mehr, da nach der demografischen Entwicklung immer mehr Kinder in armen Stadtteilen geboren werden. In 20 Jahren könnte laut Hilgers jedes zweite Kind in einer sozial schwachen Familie leben.

Büschers Einschätzung ist ähnlich düster: "Wir laufen schon 2010 auf einen sozialpolitischen Gau hinaus." In Berlin zum Beispiel leben 38 Prozent der Familien von Hartz IV.

Jennys Traum: Den eigenen Vater kennenzulernen

Auch viele der Kinder, die ihre Freizeit in der Hamburger Arche verbringen, kommen aus Hartz-IV-Familien, die oft nicht intakt sind - weshalb sie woanders emotionale Zuwendung suchen. Die elfjährige Jenny* verbringt ihre Nachmittage in der Arche, weil sie einsam ist. Die Mutter arbeitet, die älteren Schwestern sind kaum noch zu Hause. "Ich hab keinen Vater", sagt sie. Auch der Stiefvater ist nicht mehr da. Dafür der neue Freund der Mutter, doch der hat Krebs.

Weil die Zukunft so ungewiss ist, ist auch die Suche nach einer größeren Wohnung so schwierig, sagt Jenny. Sie träumt von einem eigenen Zimmer und davon, Tierpflegerin zu werden, bei Hagenbecks. Und noch einen Wunsch hat das ungewöhnlich ernste Mädchen mit den dunklen Augen: "Mein Traum ist, meinen richtigen Vater kennenzulernen."

Tim* hat keine Träume, zumindest keine, für die er Worte findet. Seine kranke, stark übergewichtige Mutter kann nicht arbeiten gehen. Was sie den ganzen Tag macht? "Nichts", sagt Tim, der eine Förderschule besucht.

Nur einmal war Tim im Urlaub

Die Perspektivlosigkeit der Eltern nennt Büscher als eine der Ursachen von Kinderarmut: "Sie können nichts weitergeben." Kinder, die in solchen Verhältnissen aufwachsen, können später nur schwer wieder in die Gesellschaft integriert werden, prognostiziert der Autor. Sie werden zum großen Teil selbst Sozialleistungen empfangen. Und sollte es die nicht mehr geben, droht das Abrutschen in die Kriminalität: "Wenn das System sie nicht mehr unterstützt, unterstützen sie nicht mehr das System".

Doch welche Chancen gibt es überhaupt, Kinderarmut und ihre Folgen zu verhindern? "Kleinere Klassen und mehr Lehrer", sagt Büscher. Schulen müssten kostenloses Essen anbieten, Talente gefördert werden. Und es müsse Sozialarbeiter geben, die in die Familien gehen. So wie es die Mitarbeiter der Arche tun, die viele Eltern persönlich kennen: "Oft schlägt uns große Hilfslosigkeit entgegen, aber auch die Bereitschaft, was zu tun", sagt Lucht.

Die meisten Eltern wissen ihre Kinder in der Arche gut aufgehoben. Hier gibt es nicht nur warmes Essen, sondern auch Hausaufgabenhilfe, Sport- und Spielangebote und eine Kleiderkammer, aus der sich alle Kinder Kleidungsstücke aussuchen dürfen - auch jene, die es nicht nötig haben. Die Kindern sollen glauben, dass hier alle gleich sind.

Tim fällt nach langem Zögern übrigens doch noch ein, was er sich wünscht: "Kohle, damit ich mir alles kaufen kann." Eine Playstation 3 zum Beispiel. Sein Bruder hat eine, doch der ist längst nicht mehr da. Der Vater auch nicht, er hat die kranke Frau und seine fünf Kinder verlassen.

"Der ist im Ausland", sagt Tim und fügt hinzu: "in Süddeutschland". Was für den Elfjährigen, der Jenfeld kaum verlassen hat, das Gleiche ist.

Nur einmal war er im Urlaub, auf einem Bauernhof bei Lüneburg. Nicht mit seiner Familie - mit der Arche.

* Namen von der Redaktion geändert.

DISKUSSION

Ihre Meinung ist gefragt Diskutieren Sie über diesen Artikel!

Die neuesten Beiträge zum Artikel

02.04. von Lutz Krumm: Wahrheit

02.04. von fpa: Dienstag abend im ZDF: 37°

28.03. von Hercules Rockefeller: Interpretation

28.03. von Der_Franke: Ursache und Wirkung

27.03. von SIBO: Ursachen

ALLE BEITRÄGE ZUM ARTIKEL

SOCIAL NETWORKS



ANZEIGE

**Strom aus Windenergie**

Beteiligung bereits ab 2.500 EUR + Bis zu 10% p.a. Zinsen + Kurze Laufzeit von nur 3 Jahren
 Mehr Informationen »

**Selbständig & unter 55?**

Private Krankenkasse ab nur 59,- € für Selbständige & Freiberufler!
 Testsieger Vergleich
 Mehr Informationen »

**Krisensichere Geldanlage**

Jetzt börsenunabhängig in Tropenholz Plantagen investieren; 12% p.a. – bereits ab 3.500 €.
 Mehr Informationen »

© SPIEGEL ONLINE 2009

Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der SPIEGELnet GmbH

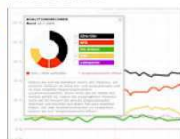
MEHR AUS DEM RESSORT POLITIK

NEUE REGIERUNG



Die neue Regierung:
 Interaktive Biografien in Bildern

UMFRAGEN



"Sonntagsfrage": Der aktuelle Trend anhand von Umfragen

AL-QAIDA



Netzwerk des Terrors:
 Yassin Musharbachs Notizen zum militanten Dschihad

RUNDGANG



Kanzleramt, Bundestag, Ministerien: Das ist das politische Berlin

NACHGEFRAGT



Abgeordnetenwatch auf SPIEGEL ONLINE: Ihr direkter Draht in die Politik

ÜBERSICHT POLITIK

▲ TOP

DER SPIEGEL



Inhalt
 Abo-Angebote
 Heft kaufen

Dein SPIEGEL



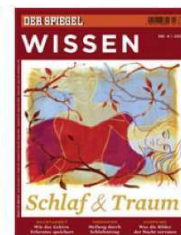
Inhalt
 Abo-Angebote
 Heft kaufen

SPIEGEL GESCHICHTE



Inhalt
 Abo-Angebote
 Heft kaufen

SPIEGEL WISSEN



Inhalt
 Abo-Angebote
 Heft kaufen

KulturSPIEGEL



Inhalt

Service von SPIEGEL-ONLINE-Partnern

AUTO UND FREIZEIT



AUTO UND FREIZEIT



ENERGIE



JOB



FINANZEN



FINANZEN





[Home](#) [Politik](#) [Wirtschaft](#) [Panorama](#) [Sport](#) [Kultur](#) [Netzwerk](#) [Wissenschaft](#) [UniSPIEGEL](#) [SchulSPIEGEL](#) [Reise](#) [Auto](#) [Wetter](#)

DIENTE

[Schlagzeilen](#)
[RSS](#)
[Newsletter](#)
[Mobil](#)

VIDEO

[Nachrichten Videos](#)
[SPIEGEL TV Magazin](#)
[SPIEGEL TV Reporter](#)

MEDIA

[MediaSPIEGEL](#)
[Mediadaten](#)
[Quality Channel](#)
[buchreport](#)
[weitere Zeitschriften](#)

MAGAZINE

[DER SPIEGEL](#)
[KulturSPIEGEL](#)
[DEIN SPIEGEL](#)
[SPIEGEL Wissen](#)
[SPIEGEL Geschichte](#)
[Harvard Business Man.](#)

SPIEGEL GRUPPE

[Abo](#)
[Shop](#)
[SPIEGEL TV](#)
[manager magazin](#)
[SPIEGEL-Gruppe](#)

WEITERE

[Hilfe](#)
[Kontakt](#)
[Nachdrucke](#)
[Impressum](#)



politik blog

Unbestechlich Basisdemokratisch

Deutschland

Kinderarmut in Deutschland - Tendenz steigt

10. März 2009 | Von Mark Fiedler

Kinderarmut in Deutschland und allgemein in „reichen“ Ländern ist längst ein brisantes Thema. Derzeit leben in Deutschland rund 5 Millionen Kinder an oder unter der Armutsgrenzen. Tendenz steigend.



Dass die Zahl der von Armut betroffenen Kinder in Zukunft steigen wird, befürchten nicht nur Kinderschutzbund und **UNICEF** schon seit Jahren. Derzeit werden die Rufe nach stärkeren Reaktionen seitens der Bundesregierung wieder lauter, denn die Weltwirtschaftskrise kann das Problem künftig noch weiter verschärfen.

Demografischer Wandel: Besorgniserregend

Auch der demografische Wandel macht Experten in Bezug auf die Kinderarmut in Deutschland große Sorgen, denn tendenziell werden in ärmeren Familien mehr Kinder geboren. Das wird in 20 Jahren dazu führen, dass es im Verhältnis zum heutigen Stand weniger Kinder gibt, von denen aber ein größerer Anteil in Armut lebt. Reden wir von „Armut“, meinen wir damit, dass diese Kinder weniger als 50 bis 60 % des Durchschnittseinkommens zur Verfügung haben. Darüber hinaus spielen im Falle einer Beurteilung dessen, was Armut ist, auch andere Faktoren eine Rolle. So gehen mit der Kinderarmut in Deutschland nicht selten Aspekte wie fehlende Bildungschancen und somit eine regelrechte „Vererbung“ von Armut durch fehlende Perspektiven einher.

Im Moment sind laut einer Untersuchung des Bundesfamilienministeriums um die 2,4 Millionen Kinder armutsgefährdet. Darüber hinaus lebt ein Drittel aller Kinder tatsächlich in armen Verhältnissen. Das sind noch einmal um die 5 Millionen. Die Auswirkungen der Kinderarmut in Deutschland zeigen sich in, besonders von Armut betroffenen, Stadtgebieten beispielsweise darin, dass Anlaufstellen für arme Menschen immer mehr frequentiert werden. Auch von Kindern, denen angesichts der Armut oft weder ein adäquater Wohnraum mit ausreichenden Möglichkeiten zum Lernen, spielen und leben zur Verfügung steht, noch eine warme und ausgewogene Mahlzeit einmal am Tag.

Es wird Zeit zu handeln, denn selbst gemeinnützige Anlaufstellen wie die Tafel oder auch Projekte wie „Die Arche“ sind mittlerweile am oberen Versorgungsniveau angelangt. Seit **Hartz 4** hat sich der Zulauf multipliziert. Wer schnell helfen möchte, kann beispielsweise über Vereine wie **Kinderarmut e.V.** Patenschaften übernehmen oder Sachspenden leisten.

1 Kommentar

1. **hessnatur Blog » Blog Archiv » Weltkindertag 2009: Mehr Zeit füreinander** am 17. September 2009

[...] Viele Kinder dieser Welt haben keine „echte“ Kindheit. Eindrücklich hat mir der Film „Slumdog Millionär“ ein Fenster in diese Kinderarmut geöffnet. Nicht schön und kaum erträglich. Aber so weit weg müssen wir gar nicht gehen. In Deutschland lebt mittlerweile jedes 6. Kind unterhalb der Armutsgrenze. [...]

Kommentar schreiben

Tabelle A.2 Armutsgefährdungsschwellen in € nach Haushaltstyp

Download als Exceltabelle:
[tabelleA2.xls](#)

Land	Einpersoenen-Haushalte ¹⁾			
	€			
Jahr	2005	2006	2007	2008
Baden-Württemberg	800	811	831	856
Bayern	787	796	817	846
Berlin	692	704	721	731
Brandenburg	661	677	701	734
Bremen	662	668	711	726
Hamburg	762	787	812	845
Hessen	781	786	815	828
Mecklenburg-Vorpommern	615	626	633	654
Niedersachsen	730	731	752	768
Nordrhein-Westfalen	739	748	763	785
Rheinland-Pfalz	755	771	786	803
Saarland	701	707	720	762
Sachsen	653	668	677	698
Sachsen-Anhalt	630	640	655	677
Schleswig-Holstein	757	783	790	819
Thüringen	640	654	673	699
Bundesrepublik Deutschland	736	746	764	787
Nachrichtlich				
Früheres Bundesgebiet (ohne Berlin)	762	772	791	814
Neue Bundesländer (einschließlich Berlin)	651	664	679	702

Ergebnisse des Mikrozensus, IT.NRW

Land	Haushalte mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren ²⁾			
	€			
Jahr	2005	2006	2007	2008
Baden-Württemberg	1.681	1.703	1.746	1.797
Bayern	1.653	1.672	1.716	1.776
Berlin	1.453	1.479	1.513	1.536
Brandenburg	1.388	1.422	1.473	1.542
Bremen	1.391	1.402	1.492	1.524
Hamburg	1.600	1.653	1.704	1.775
Hessen	1.639	1.650	1.712	1.738
Mecklenburg-Vorpommern	1.292	1.315	1.329	1.374
Niedersachsen	1.533	1.535	1.579	1.613
Nordrhein-Westfalen	1.551	1.570	1.602	1.649
Rheinland-Pfalz	1.585	1.618	1.652	1.687
Saarland	1.472	1.485	1.511	1.601
Sachsen	1.371	1.403	1.421	1.466
Sachsen-Anhalt	1.324	1.344	1.376	1.422

Schleswig-Holstein	1.590	1.645	1.658	1.720
Thüringen	1.344	1.373	1.413	1.469
Bundesrepublik Deutschland	1.545	1.567	1.605	1.652
Nachrichtlich				
Früheres Bundesgebiet (ohne Berlin)	1.600	1.621	1.661	1.710
Neue Bundesländer (einschließlich Berlin)	1.366	1.394	1.425	1.473

Ergebnisse des Mikrozensus, IT.NRW

1) 60% des Medians der auf der Basis der neuen OECD-Skala berechneten Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung in Privathaushalten am Ort der Hauptwohnung.

2) Armutsrisikoschwelle für Einpersonenhaushalte multipliziert mit dem Bedarfsgewicht des Haushalts nach neuer OECD-Skala (2,1).

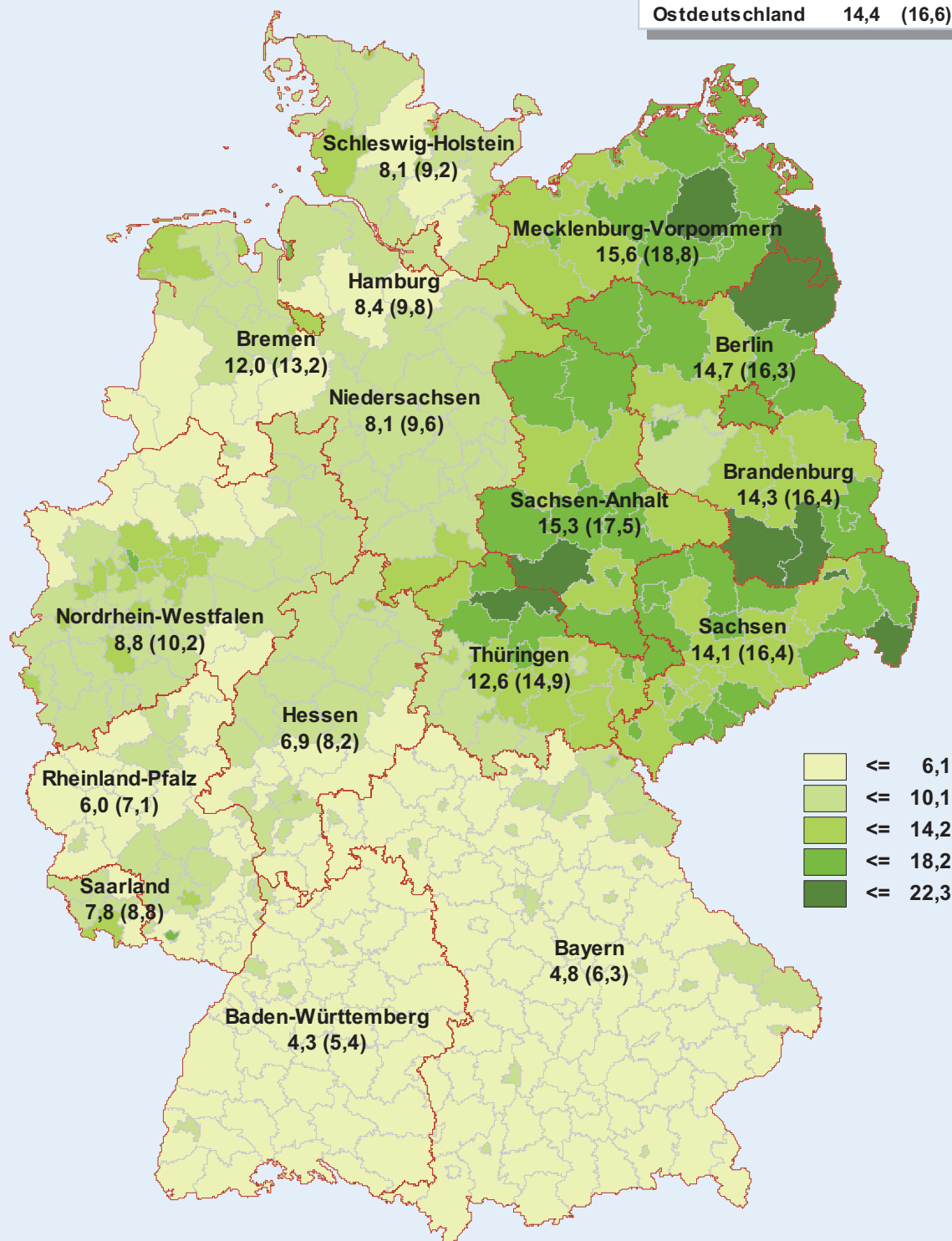
| Seitenanfang

© Statistische Ämter des Bundes und der Länder
 Letzte Änderung: 30.11.2009

Arbeitslosenquoten im März 2008

- Länder und Kreise -

Deutschland	8,4	(9,9)
Westdeutschland	6,8	(8,1)
Ostdeutschland	14,4	(16,6)



Die Statistik der BA bildet Arbeitslosigkeit vollständig ab. Die Arbeitslosenstatistik basiert auf Informationen aus den IT-Verfahren der BA, aus als plausibel bewerteten Datenlieferungen zugelassener kommunaler Träger und - sofern keine plausiblen Daten geliefert wurden - auf ergänzenden Schätzungen der Statistik der BA. Die Daten zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen enthalten die gemeldeten Daten zugelassener kommunaler Träger. Die Daten zu Leistungen nach dem SGB II beruhen auf Auswertungen aus dem IT-Fachverfahren A2LL, auf Meldungen kommunaler Träger und - wenn diese nicht vorliegen - auf Schätzungen der BA

Die Bezugsgrößen zur Berechnung der Arbeitslosenquote wurden im Februar 2008 angepasst. Es kommt zu Veränderungen gegenüber den bisher geltenden Bezugsgrößen (Mai 2007 bis Januar 2008), von denen insbesondere die Personengruppe "Ausländer" betroffen ist. Deshalb kann es im genannten Zeitraum bei den Arbeitslosenquoten gegenüber den bisher veröffentlichten Werten zu Abweichungen kommen.

ECKWERTE DES ARBEITSMARKTES

Berichtsmonat: März 2008
Deutschland

Merkmal	2008			2007	Veränderung gegenüber Vorjahresmonat (Arbeitslosenquote Vorjahreswerte)			
	März	Februar	Januar	Dezember	März		Februar	Januar
					absolut	in %	in %	in %
ERWERBSTÄTIGE (Monatsdurchschnitt; Inland) ¹⁾	...	39.632.000	39.593.000	40.202.000	...	...	1,4	1,3
SOZ.-VERS.PFL. BESCHÄFTIGTE (Bestand, geschätzt)	...	...	27.077.000	27.250.400	...	...	...	2,3
ARBEITSLOSE								
- Bestand	3.507.436	3.617.443	3.659.297	3.406.371	-617.312	-15,0	-14,8	-14,6
dar.: 47,9% Frauen	1.681.565	1.722.664	1.748.426	1.683.440	-308.110	-15,5	-15,4	-15,4
52,1% Männer	1.825.864	1.894.765	1.906.202	1.715.122	-309.165	-14,5	-14,4	-14,0
10,4% Jüngere unter 25 Jahren	363.801	380.894	372.155	340.735	-72.934	-16,7	-16,3	-16,9
1,9% dar.: Jugendliche unter 20 Jahren	66.613	70.004	69.331	68.700	-14.991	-18,4	-17,6	-18,2
25,8% 50 Jahre und älter	903.746	920.639	928.788	874.573	-184.388	-16,9	-17,4	-17,6
12,2% dar.: 55 Jahre und älter	429.045	431.397	430.369	406.179	-100.763	-19,0	-20,4	-21,6
14,9% Ausländer	521.786	534.102	540.901	518.307	-75.001	-12,6	-12,3	-12,1
ARBEITSLOSENQUOTEN bezogen auf								
- alle zivilen Erwerbspersonen insgesamt	8,4	8,6	8,7	8,1	9,9	-	10,2	10,2
- abhängige zivile Erwerbspersonen insgesamt	9,4	9,7	9,8	9,1	11,1	-	11,4	11,5
Männer	9,4	9,8	9,8	8,8	11,0	-	11,4	11,4
Frauen	9,3	9,6	9,7	9,3	11,1	-	11,3	11,5
Jüngere unter 25 Jahren	7,6	8,0	7,8	7,1	9,1	-	9,5	9,3
dar.: Jugendliche unter 20 Jahren	4,3	4,5	4,4	4,4	5,2	-	5,4	5,4
Ausländer	18,9	19,3	19,6	18,8	21,7	-	22,1	22,4
LEISTUNGSEMPFÄNGER ²⁾								
- Arbeitslosengeld	1.059.979	1.132.747	1.119.743	951.814	-214.422	-16,8	-18,1	-19,0
- erwerbsfähige Hilfebedürftige (Alg II)	5.153.034	5.152.442	5.104.795	5.083.131	-271.749	-5,0	-4,7	-4,6
- nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige (Sozialgeld)	1.933.095	1.933.587	1.920.546	1.913.434	-64.772	-3,2	-2,9	-3,0
GEMELDETE STELLEN								
- Zugang im Monat	237.355	240.829	179.326	188.066	-24.875	-9,5	-8,7	-17,7
dar.: ungefördert ³⁾	169.991	177.229	134.480	140.749	-12.481	-6,8	-9,6	-12,4
- Zugang seit Jahresbeginn	657.510	420.155	179.326	2.898.343	-86.548	-11,6	-12,8	-17,7
dar.: ungefördert ³⁾	481.700	311.709	134.480	2.134.824	-50.241	-9,4	-10,8	-12,4
- Bestand ⁴⁾	587.728	565.341	528.266	545.563	-51.968	-8,1	-9,4	-11,0
dar.: ungefördert ³⁾	395.834	379.025	353.232	370.218	-47.375	-10,7	-10,5	-9,0
sofort zu besetzen	503.564	483.800	475.259	484.184	-40.457	-7,4	-7,8	-9,9
TEILNEHMER AN AUSGEWÄHLTEN MASSNAHMEN AKTIVER ARBEITSMARKTPOLITIK ²⁾								
- Bestand insgesamt	1.512.401	1.468.502	1.415.402	1.550.748	-17.794	-1,2	-1,5	-1,5
dar.: Qualifizierung	251.474	233.648	207.504	229.278	13.003	5,5	6,4	4,4
Berufsberatung u. Förderung d. Berufsausbildung	317.185	323.446	305.123	333.280	1.988	0,6	2,4	4,3
Beschäftigungsbegleitende Leistungen	331.940	327.275	327.656	352.220	-32.115	-8,8	-8,6	-10,1
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	324.222	320.910	318.749	350.622	-39.689	-10,9	-10,3	-9,6
SAISONBEREINIGTE ENTWICKLUNG	März 08	Febr. 08	Jan. 08	Dez. 07	Nov. 07	Okt. 07	Sept. 07	Aug. 07
	Veränderung gegenüber Vormonat							
Erwerbstätige (Inland) ¹⁾	...	57.000	76.000	49.000	51.000	44.000	42.000	50.000
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	.	.	95.000	91.000	54.000	64.000	38.000	57.000
Arbeitslose	-55.000	-74.000	-90.000	-76.000	-55.000	-40.000	-59.000	-28.000
gemeldete Stellen (einschl. geförderte Stellen)	-3.000	-2.000	-17.000	-5.000	-1.000	-3.000	-4.000	-
ungeförderte Stellen ³⁾	-6.000	-13.000	-21.000	-8.000	-3.000	2.000	1.000	3.000
- normale Stellen	1.000	-1.000	-8.000	-	-	-	-1.000	-2.000
Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen EP	7,8	8,0	8,1	8,4	8,5	8,7	8,8	8,9
ILO Erwerbslosenquote ¹⁾	.	7,4	.	7,8	8,0	8,1	8,2	8,3

© Statistik der Bundesagentur für Arbeit Stand: März 2008/DZ/AM

1) Quelle: Statistisches Bundesamt

2) Endgültige Werte stehen erst nach einer Wartezeit fest. Am aktuellen Rand können die Daten aufgrund von Erfahrungswerten überwiegend hochgerechnet werden.

3) ohne PSA, ABM, BSI und Arbeitsgelegenheiten

4) Den Arbeitsagenturen waren im 4. Quartal 2007 laut Umfrage bei Betrieben 47 Prozent des gesamten Stellenangebotes gemeldet.

Die Statistik der BA bildet Arbeitslosigkeit vollständig ab. Die Arbeitslosenstatistik basiert auf Informationen aus den IT-Verfahren der BA, aus als plausibel bewerteten Datenlieferungen zugelassener kommunaler Träger und - sofern keine plausiblen Daten geliefert wurden - auf ergänzenden Schätzungen der Statistik der BA. Die Daten zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen enthalten die gemeldeten Daten zugelassener kommunaler Träger. Die Daten zu Leistungen nach dem SGB II beruhen auf Auswertungen aus dem IT-Fachverfahren A2LL, auf Meldungen kommunaler Träger und - wenn diese nicht vorliegen - auf Schätzungen der BA

Die Bezugsgrößen zur Berechnung der Arbeitslosenquote wurden im Februar 2008 angepasst. Es kommt zu Veränderungen gegenüber den bisher geltenden Bezugsgrößen (Mai 2007 bis Januar 2008), von denen insbesondere die Personengruppe "Ausländer" betroffen ist. Deshalb kann es im genannten Zeitraum bei den Arbeitslosenquoten gegenüber den bisher veröffentlichten Werten zu Abweichungen kommen.

ECKWERTE DES ARBEITSMARKTES

Berichtsmonat: März 2008

Westdeutschland

Merkmal	2008			2007	Veränderung gegenüber Vorjahresmonat (Arbeitslosenquote Vorjahreswerte)			
	März	Februar	Januar	Dezember	März		Februar	Januar
					absolut	in %	in %	in %
ERWERBSTÄTIGE (Monatsdurchschnitt; Inland) ¹⁾
SOZ.-VERS.PFL. BESCHÄFTIGTE (Bestand, geschätzt)	...	...	21.974.400	22.080.700	...	...	...	2,4
ARBEITSLOSE								
- Bestand	2.271.359	2.347.344	2.382.876	2.230.529	-437.497	-16,2	-16,1	-15,8
dar.: 48,3% Frauen	1.097.144	1.125.668	1.145.508	1.105.663	-217.523	-16,5	-16,5	-16,5
51,7% Männer	1.174.209	1.221.662	1.232.699	1.117.057	-219.955	-15,8	-15,8	-15,5
10,2% Jüngere unter 25 Jahren	231.153	244.906	239.585	218.433	-50.235	-17,9	-17,4	-17,6
2,1% dar.: Jugendliche unter 20 Jahren	46.658	49.168	48.969	48.192	-10.589	-18,5	-17,4	-17,0
24,6% 50 Jahre und älter	558.613	569.413	576.451	547.019	-134.169	-19,4	-20,0	-20,2
11,9% dar.: 55 Jahre und älter	270.362	272.236	272.470	258.827	-77.696	-22,3	-23,9	-25,1
19,6% Ausländer	444.339	455.309	461.034	441.688	-66.825	-13,1	-12,9	-12,6
ARBEITSLOSENQUOTEN bezogen auf								
- alle zivilen Erwerbspersonen insgesamt	6,8	7,0	7,1	6,7	8,1	-	8,4	8,5
- abhängige zivile Erwerbspersonen insgesamt	7,6	7,9	8,0	7,5	9,1	-	9,4	9,5
Männer	7,6	7,9	8,0	7,2	9,0	-	9,4	9,4
Frauen	7,7	7,9	8,0	7,8	9,3	-	9,5	9,7
Jüngere unter 25 Jahren	6,1	6,5	6,3	5,8	7,4	-	7,8	7,6
dar.: Jugendliche unter 20 Jahren	3,7	3,9	3,9	3,8	4,6	-	4,7	4,7
Ausländer	17,5	17,9	18,1	17,4	20,1	-	20,6	20,8
LEISTUNGSEMPFÄNGER ²⁾								
- Arbeitslosengeld	734.334	786.006	779.180	674.614	-159.072	-17,8	-19,0	-19,8
- erwerbsfähige Hilfebedürftige (Alg II)	3.326.172	3.323.331	3.291.151	3.275.296	-161.015	-4,6	-4,4	-4,4
- nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige (Sozialgeld)	1.379.549	1.378.863	1.368.855	1.363.340	-49.089	-3,4	-3,3	-3,3
GEMELDETE STELLEN								
- Zugang im Monat	167.802	182.295	138.388	146.737	-27.830	-14,2	-7,6	-17,8
dar.: ungefördert ³⁾	139.801	146.705	111.509	118.868	-10.179	-6,8	-10,6	-11,7
- Zugang seit Jahresbeginn	488.485	320.683	138.388	2.169.176	-72.836	-13,0	-12,3	-17,8
dar.: ungefördert ³⁾	398.015	258.214	111.509	1.768.644	-42.227	-9,6	-11,0	-11,7
- Bestand ⁴⁾	462.906	453.230	426.331	439.371	-30.578	-6,2	-6,1	-8,0
dar.: ungefördert ³⁾	338.267	324.892	303.587	317.887	-33.783	-9,1	-8,7	-6,7
sofort zu besetzen	415.106	403.231	392.620	395.494	-17.448	-4,0	-3,4	-5,8
TEILNEHMER AN AUSGEWÄHLTEN MASSNAHMEN AKTIVER ARBEITSMARKTPOLITIK ²⁾								
- Bestand insgesamt	...	...	...	...	x	x	x	x
dar.: Qualifizierung	173.924	163.760	143.245	158.757	8.361	5,1	6,2	2,2
Berufsberatung u. Förderung d. Berufsausbildung	...	...	...	...	x	x	x	0,0
Beschäftigungsbegleitende Leistungen	216.453	213.104	213.065	225.944	-12.062	-5,3	-4,8	-6,4
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	171.200	170.273	167.154	178.143	-19.872	-10,4	-9,9	-8,6
SAISONBEREINIGTE ENTWICKLUNG	März 08	Febr. 08	Jan. 08	Dez. 07	Nov. 07	Okt. 07	Sept. 07	Aug. 07
	Veränderung gegenüber Vormonat							
Erwerbstätige (Inland) ¹⁾	.	.	73.000	70.000	44.000	58.000	30.000	56.000
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	.	.	73.000	70.000	44.000	58.000	30.000	56.000
Arbeitslose	-36.000	-49.000	-55.000	-54.000	-38.000	-34.000	-38.000	-27.000
gemeldete Stellen (einschl. geförderte Stellen)	-5.000	-2.000	-15.000	-6.000	-2.000	1.000	-	-3.000
ungeförderte Stellen ³⁾	-6.000	-12.000	-18.000	-7.000	-4.000	2.000	2.000	4.000
- normale Stellen	1.000	-2.000	-5.000	-	-	-	-1.000	-1.000
Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen EP	6,4	6,5	6,7	6,9	7,0	7,1	7,2	7,3

© Statistik der Bundesagentur für Arbeit Stand: März 2008/DZ/AM

1) Quelle: Statistisches Bundesamt

2) Endgültige Werte stehen erst nach einer Wartezeit fest. Am aktuellen Rand können die Daten aufgrund von Erfahrungswerten überwiegend hochgerechnet werden.

3) ohne PSA, ABM, BSI und Arbeitsgelegenheiten

4) Den Arbeitsagenturen waren im 4. Quartal 2007 laut Umfrage bei Betrieben 46 Prozent des gesamten Stellenangebotes gemeldet.

Die Statistik der BA bildet Arbeitslosigkeit vollständig ab. Die Arbeitslosenstatistik basiert auf Informationen aus den IT-Verfahren der BA, aus als plausibel bewerteten Datenlieferungen zugelassener kommunaler Träger und - sofern keine plausiblen Daten geliefert wurden - auf ergänzenden Schätzungen der Statistik der BA. Die Daten zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen enthalten die gemeldeten Daten zugelassener kommunaler Träger. Die Daten zu Leistungen nach dem SGB II beruhen auf Auswertungen aus dem IT-Fachverfahren A2LL, auf Meldungen kommunaler Träger und - wenn diese nicht vorliegen - auf Schätzungen der BA

Die Bezugsgrößen zur Berechnung der Arbeitslosenquote wurden im Februar 2008 angepasst. Es kommt zu Veränderungen gegenüber den bisher geltenden Bezugsgrößen (Mai 2007 bis Januar 2008), von denen insbesondere die Personengruppe "Ausländer" betroffen ist. Deshalb kann es im genannten Zeitraum bei den Arbeitslosenquoten gegenüber den bisher veröffentlichten Werten zu Abweichungen kommen.

ECKWERTE DES ARBEITSMARKTES

Berichtsmonat: März 2008

Ostdeutschland

Merkmal	2008			2007	Veränderung gegenüber Vorjahresmonat (Arbeitslosenquote Vorjahreswerte)			
	März	Februar	Januar	Dezember	März		Februar	Januar
					absolut	in %	in %	in %
ERWERBSTÄTIGE (Monatsdurchschnitt; Inland) ¹⁾
SOZ.-VERS.PFL. BESCHÄFTIGTE (Bestand, geschätzt)	...	...	5.102.600	5.169.600	...	...	...	1,8
ARBEITSLOSE								
- Bestand	1.236.077	1.270.099	1.276.421	1.175.842	-179.815	-12,7	-12,3	-12,2
dar.: 47,3% Frauen	584.421	596.996	602.918	577.777	-90.587	-13,4	-13,2	-13,4
52,7% Männer	651.655	673.103	673.503	598.065	-89.210	-12,0	-11,6	-11,2
10,7% Jüngere unter 25 Jahren	132.648	135.988	132.570	122.302	-22.699	-14,6	-14,2	-15,8
1,6% dar.: Jugendliche unter 20 Jahren	19.955	20.836	20.362	20.508	-4.402	-18,1	-18,2	-20,9
27,9% 50 Jahre und älter	345.133	351.226	352.337	327.554	-50.219	-12,7	-12,8	-12,9
12,8% dar.: 55 Jahre und älter	158.683	159.161	157.899	147.352	-23.067	-12,7	-13,7	-14,7
6,3% Ausländer	77.447	78.793	79.867	76.619	-8.176	-9,5	-9,0	-8,9
ARBEITSLOSENQUOTEN bezogen auf								
- alle zivilen Erwerbspersonen insgesamt	14,4	14,8	14,9	13,7	16,6	-	17,0	17,0
- abhängige zivile Erwerbspersonen insgesamt	16,0	16,5	16,5	15,2	18,4	-	18,9	18,9
Männer	16,5	17,1	17,1	15,2	18,9	-	19,4	19,3
Frauen	15,5	15,8	16,0	15,3	18,0	-	18,3	18,5
Jüngere unter 25 Jahren	13,4	13,7	13,4	12,4	15,4	-	15,7	15,6
dar.: Jugendliche unter 20 Jahren	6,6	6,9	6,8	6,8	7,6	-	7,9	8,0
Ausländer	35,5	36,1	36,6	35,1	40,4	-	40,8	41,3
LEISTUNGSEMPFÄNGER ²⁾								
- Arbeitslosengeld	325.645	346.741	340.563	277.200	-55.350	-14,5	-15,8	-17,0
- erwerbsfähige Hilfebedürftige (Alg II)	1.826.862	1.829.110	1.813.644	1.807.835	-110.734	-5,7	-5,1	-4,8
- nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige (Sozialgeld)	553.547	554.725	551.691	550.093	-15.682	-2,8	-2,1	-2,0
GEMELDETE STELLEN								
- Zugang im Monat	69.553	58.534	40.938	41.329	2.955	4,4	-12,1	-17,4
dar.: ungefördert ³⁾	30.190	30.524	22.971	21.881	-2.302	-7,1	-4,7	-15,5
- Zugang seit Jahresbeginn	169.025	99.472	40.938	729.167	-13.712	-7,5	-14,4	-17,4
dar.: ungefördert ³⁾	83.685	53.495	22.971	366.180	-8.014	-8,7	-9,6	-15,5
- Bestand ⁴⁾	124.822	112.111	101.935	106.192	-21.390	-14,6	-20,6	-21,8
dar.: ungefördert ³⁾	57.567	54.133	49.645	52.331	-13.592	-19,1	-19,9	-21,1
sofort zu besetzen	88.458	80.569	82.639	88.690	-23.009	-20,6	-25,1	-25,6
TEILNEHMER AN AUSGEWÄHLTEN MASSNAHMEN AKTIVER ARBEITSMARKTPOLITIK ²⁾								
- Bestand insgesamt	...	...	...	...	x	x	x	x
dar.: Qualifizierung	77.550	69.887	64.258	70.521	4.642	6,4	6,7	9,6
Berufsberatung u. Förderung d. Berufsausbildung	...	...	...	...	x	x	x	0,0
Beschäftigungsbegleitende Leistungen	115.487	114.171	114.585	126.276	-20.053	-14,8	-15,0	-15,7
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	153.022	150.637	151.595	172.479	-19.817	-11,5	-10,7	-10,6
SAISONBEREINIGTE ENTWICKLUNG	März 08	Febr. 08	Jan. 08	Dez. 07	Nov. 07	Okt. 07	Sept. 07	Aug. 07
	Veränderung gegenüber Vormonat							
Erwerbstätige (Inland) ¹⁾	.	.	22.000	21.000	10.000	6.000	8.000	1.000
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	.	.	22.000	21.000	10.000	6.000	8.000	1.000
Arbeitslose	-19.000	-25.000	-35.000	-22.000	-17.000	-6.000	-21.000	-1.000
gemeldete Stellen (einschl. geförderte Stellen)	2.000	-	-2.000	1.000	1.000	-4.000	-4.000	3.000
ungeförderte Stellen ³⁾	-	-1.000	-3.000	-1.000	1.000	-	-1.000	-1.000
- normale Stellen	-	1.000	-3.000	-	-	-	-	-1.000
Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen EP	13,3	13,5	13,8	14,2	14,4	14,6	14,7	15,0

© Statistik der Bundesagentur für Arbeit Stand: März 2008/DZ/AM

1) Quelle: Statistisches Bundesamt

2) Endgültige Werte stehen erst nach einer Wartezeit fest. Am aktuellen Rand können die Daten aufgrund von Erfahrungswerten überwiegend hochgerechnet werden.

3) ohne PSA, ABM, BSI und Arbeitsgelegenheiten

4) Den Arbeitsagenturen waren im 4. Quartal 2007 laut Umfrage bei Betrieben 51 Prozent des gesamten Stellenangebotes gemeldet.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

13. Kinder- und Jugendbericht

**Bericht über die Lebenssituation junger
Menschen und die Leistungen der Kinder-
und Jugendhilfe in Deutschland**

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

alle Kinder und Jugendlichen brauchen die gleiche Chance, gesund aufwachsen zu können. Der erste Ort des Aufwachsens ist die Familie; daher ist die Familie auch der erste Ort, wo Kinder lernen, was gesund und was ungesund ist, was man tun kann, um gesund zu leben und gesund zu bleiben. Eltern sind dabei Vorbilder und Mittler zugleich.



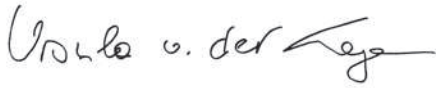
Die Bundesregierung hält daher an ihrem Ziel fest, die Erziehungs- und Gesundheitskompetenz in den Familien zu stärken. Unter dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ widmet sich auch der 13. Kinder- und Jugendbericht diesem Thema. Er bestätigt den Weg, den die Politik eingeschlagen hat, und gibt wichtige weiterführende Anregungen.

Entscheidend ist die richtige Gesundheitsvorbeugung von Anfang an. Schon heute ist bei- nahe jeder fünfte Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren übergewichtig. Einige Jugendliche bewegen sich nur noch, wenn sie müssen. Das hat Folgen: Manche von ihnen werden die Pfunde als Erwachsene nicht mehr los, und das erhöht das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen, Gelenkbeschwerden oder Diabetes. Viele Familien wissen auch nicht, dass es Unterstützung gibt und wo es sie gibt. Deswegen müssen wir das Netz der Hilfen – von der Jugendhilfe über das Gesundheitswesen bis hin zur Erziehungs- und Schwangerenberatung – dichter knüpfen und näher an die Familien bringen.

Darauf sind insbesondere die Kinder angewiesen, die in schwierigen Lebensumständen aufwachsen. Ihre Eltern brauchen besondere Unterstützung. Mit den Frühen Hilfen setzt die Bundesregierung eine zentrale Forderung des Kinder- und Jugendberichts nach besserer Vernetzung der Angebote schon jetzt um. Es ist wichtig, dass die Verantwortlichen miteinander kooperieren, damit Kinderschutz nicht dem Zufall überlassen bleibt.

Zusammenarbeit ist an vielen Stellen der Schlüssel, auch bei den Hilfen für behinderte Kinder und Jugendliche, für die – je nach Art ihrer Behinderung – unterschiedliche Leistungssysteme verantwortlich sind. An den Schnittstellen gibt es daher in der Praxis nicht wenige Zuordnungsprobleme. Hierzu kündigt die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme an, gemeinsam mit den Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen nach Wegen der Verbesserung zu suchen. Denn nicht die Behinderung, sondern der junge Mensch mit seinem Recht auf Förderung muss im Vordergrund stehen.

Mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht liegt erstmals eine umfangreiche und fundierte Beschreibung der Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und Behindertenhilfe vor. Insofern kann der Bericht dazu beitragen, Verständnis für die Anliegen der jeweils anderen Professionen zu finden und gemeinsame Lösungswege im Interesse der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern zu suchen. Ich wünsche mir daher eine intensive Auseinandersetzung mit Inhalten und Anregungen dieses Berichts.



URSULA VON DER LEYEN
BUNDESMINISTERIN FÜR FAMILIE, SENIOREN,
FRAUEN UND JUGEND

Inhaltsübersicht

		(PDF)
Stellungnahme der Bundesregierung	3	7
Mitglieder der Sachverständigenkommission	28	31
Mitglieder der Arbeitsgruppe am Deutschen Jugendinstitut	28	31
Vorwort	29	32
Zusammenfassung	33	36
Teil A Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts	43	46
1 Einleitung	43	46
2 Aufwachsen in der Spätmoderne	44	47
3 Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte	50	53
Teil B Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	77	80
4 Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen	77	80
5 Kinder unter drei Jahren	82	85
6 Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren	91	94
7 Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren	100	103
8 Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren	116	119
9 Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren	139	142
Teil C Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/ Rehabilitation: eine erste Annäherung	155	158
10 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem	155	158
11 Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe	155	158
12 Das Gesundheitssystem	160	163
13 Eingliederungshilfe und Rehabilitation	173	176
14 Suchtkrankenhilfe als ein Praxisfeld zwischen den Systemen	180	183
Teil D Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention	183	186
15 Zum Stand der Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe	183	186
16 Frühe Kindheit, Vorschul-, Kindergarten- und Grundschulalter.....	183	186
17 Jugendalter	207	210
18 Junge Erwachsene	234	237
19 Altersübergreifende Herausforderungen	235	238
20 Eine Zwischenbilanz	240	243

(PDF)

Teil E Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung	247	250
21 Perspektiven auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe	247	250
22 Zwölf Leitlinien	250	253
23 Empfehlungen	251	254
24 Literaturverzeichnis	263	266
 Anhang	299	302
25 Liste der Expertisen	299	302
26 Fachgespräche und Hearings	300	303
27 Abkürzungsverzeichnis	301	304
28 Tabellenverzeichnis	306	309
29 Abbildungsverzeichnis	309	312
30 Verzeichnis der Exkurse	310	313
31 Tabellen zu den Bildungsplänen der Bundesländer	311	314

Inhaltsübersicht der Stellungnahme der Bundesregierung

			(PDF)
1.	Berichtsauftrag der Bundesregierung	4	7
2.	Gute Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen.....	4	7
2.1	Prävention und Gesundheitsförderung – frühzeitig beginnen	4	7
2.2	Chancengerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen.....	6	9
2.3	Bündelung gesellschaftlicher Aktivitäten	7	10
3.	Vernetzung stärken – Kinder- und Jugendhilfe im Zusammenwirken mit anderen Systemen.....	8	11
3.1	Frühe Hilfen und Kinderschutz.....	8	11
3.1.1	Frühe Hilfen als Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes	9	12
3.1.2	Psychosoziale Unterstützung für werdende und junge Eltern	10	13
3.1.2.1	Schwangerenberatung	10	13
3.1.2.2	SGB VIII-Kinder- und Jugendhilfe	10	13
3.1.2.3	SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	11	14
3.2	Neue Perspektiven für Kinder und Jugendliche mit Behinderung.....	12	15
3.2.1	Im Vordergrund steht der junge Mensch.....	12	15
3.2.2	Von der Aufspaltung zur Zusammenführung der Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung – Herausforderungen für ein inklusives Hilfesystem	13	16
3.2.2.1	Kinder und Jugendliche mit Behinderung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe – eine Schnittstelle mit Reibungsverlusten.....	13	16
3.2.2.2	Die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung	14	17
3.2.3	Vom Nebeneinander zum Miteinander in der Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche mit Integrationsrisiken – Herausforderungen für ein ganzheitliches Hilfesystem.....	15	18
3.2.3.1	Die Komplexleistung „Frühförderung“ – Ganzheitliche Leistungserbringung in gemeinsamer Verantwortung von Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassen	15	18
3.2.3.2	Kooperation und Koordination in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – die Entwicklung multimodaler Versorgungsnetze .	16	19
3.2.4	Von der Ausgrenzung zur Integration – Herausforderungen für die Förderung von jungen Menschen mit Lernstörungen	16	19
4.	Schlussbemerkungen	17	20

1. Berichtsauftrag der Bundesregierung

Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen weiter verbessern. Dazu gehört auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist dabei ein zentrales Anliegen der Bundesregierung.

Zur Förderung von gesundem Aufwachsen stehen in der Bundesrepublik neben den Eltern unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung kann jedoch die Versorgung an den Übergängen von einem System zum anderen erschweren. Eine möglichst optimale Gestaltung dieser Übergänge ist daher ein wichtiges Ziel.

Um weitere Erkenntnisse und Anregungen für die Umsetzung dieser wichtigen Aufgabe zu gewinnen, hat die Bundesregierung den 13. Kinder- und Jugendbericht in Auftrag gegeben. Der Bericht liegt nun unter dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ vor.

Mit der Vorlage des 13. Kinder- und Jugendberichts kommt die Bundesregierung ihrer gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 84 Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII) nach. Mit der Ausarbeitung dieses Berichts hatte die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 24. September 2007 eine interdisziplinär zusammengesetzte Sachverständigenkommission (im Folgenden „Kommission“ genannt) beauftragt, der acht Sachverständige angehörten. Diese sollte auf der Basis des derzeitigen Wissens- und Erkenntnisstandes zukunftsweisende und realistische Handlungsoptionen für Politik und Gesellschaft erarbeiten, die in den politischen Gestaltungsprozess einfließen.

Die Bundesregierung dankt der Kommission für die Ausarbeitung des Berichts. Er ist der erste Kinder- und Jugendbericht, der alle Kinder in Deutschland in den Blick nimmt – also auch diejenigen mit Behinderungen gleich welcher Art. Die Bundesregierung kommt damit der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen nach und bringt zum Ausdruck, dass sie die begonnene gesellschaftliche Entwicklung – vom Prinzip der Fürsorge hin zur Teilhabe – konsequent fortführt.

Darüber hinaus ist er der erste Bericht, der insbesondere die Schnittstellen zwischen den drei Systemen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt. Hier hatte sich die Bundesregierung konkrete und innovative Empfehlungen erhofft, um das vorhandene theoretische Bekenntnis aller Akteure zu mehr Kooperation in praktisches Handeln überführen zu können. Die Bundesregierung bedauert, dass die Kommission in diesem wichtigen Punkt an ihre Grenzen gestoßen ist.

Die Bundesregierung sieht sich durch die Ergebnisse des 13. Kinder- und Jugendberichts in ihrem Handeln grundsätzlich bestärkt. Zahlreiche Aussagen und Anregungen der Kommission, die in die Verantwortung des Bundes

fallen, wurden von der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode bereits angestoßen. Sie hat durch eine gezielte und verständliche Informationspolitik über die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung aufgeklärt und dort, wo außerhalb des Elternhauses staatliche Stellen die Verantwortung für Kinder und Jugendliche übernehmen, sich für ein gesundes Umfeld eingesetzt. Sie hat das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ für die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung nutzbar gemacht. Darüber hinaus hat sie diejenigen Heranwachsenden unterstützt, deren Elternhäuser nicht von sich heraus ohne Hilfe zu einem gesundheitsbewussten Leben in der Lage sind. Neben der medizinischen Versorgung bietet die Kinder- und Jugendhilfe Präventionsmaßnahmen in Form psychologischer und sozialpädagogischer Angebote. Auch zahlreiche Beratungs- und Hilfsangebote für Eltern leisten einen maßgeblichen Beitrag, um eine gesunde Entwicklung und ein positives Familienklima zu fördern.

Die Anregungen und Vorschläge der Kommission aufzugreifen, ist nun Aufgabe aller staatlichen Ebenen. Entsprechend der im Grundgesetz geregelten Verantwortungsverteilung sind dies der Bund, die Länder und die Gemeinden.

Zu Aussagen und Schlussfolgerungen des Berichts, zu denen sich die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme nicht äußert, kann weder von ihrer Zustimmung noch von ihrer Ablehnung ausgegangen werden.

2. Gute Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung – frühzeitig beginnen

Prävention und Gesundheitsförderung sind eine entscheidende Antwort auf die neuen gesundheitlichen Herausforderungen im 21. Jahrhundert. Erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung beginnt bereits im frühen Kindesalter.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt bisherige Erkenntnisse, dass zahlreiche der so genannten Zivilisationskrankheiten ihren Ursprung bereits im Kindes- und Jugendalter haben. Ein Beispiel: Zwischen 9 und 15 Prozent der 3- bis 10-jährigen Kinder und 17 Prozent der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen sind in Deutschland übergewichtig. Übergewicht kann zu chronischen Erkrankungen führen – beispielsweise zu Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen und Gelenksbeschwerden. Ein Teil dieser Kinder wird zu übergewichtigen Erwachsenen.

In der Kindheit und während der Jugendzeit werden gesundheitsgefährdende, aber auch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entscheidend geprägt. Bestimmten Krankheiten kann hier effektiv durch eine gesunde Lebensführung vorgebeugt werden. Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission überein, dass nachhaltig ausgerichtete Angebote der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen und Erfolg versprechenden Beitrag zur Verrin-

gerung der individuellen Leiden der Kinder und Jugendlichen sowie mittel- und langfristig zur Entlastung der Sozialversicherungssysteme leisten können.

Elternverantwortung stärken

Jeder Einzelne ist nach dem Menschenbild des Grundgesetzes in erster Linie selbst dafür verantwortlich, durch eine gute Lebensweise der Entstehung von Gesundheitsrisiken vorzubeugen und bei bereits vorhandenen Krankheiten durch eine verantwortungsbewusste Verhaltensweise eine Besserung zu erreichen oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Kinder lernen gesunde Lebensgewohnheiten zuallererst innerhalb ihrer Familie. Das heißt für Eltern im Rahmen ihrer durch das Grundgesetz vorgegebenen Pflicht zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder, Vorbild zu sein.

Durch das Vorleben einer gesunden Lebensweise können Eltern ihre Kinder stark für das Leben machen. Sie können ihnen helfen, eigene Urteilsfähigkeit zu entwickeln und eigenverantwortlich zu handeln. Die Bundesregierung will Eltern unter Beachtung ihres Erziehungsrechts dazu motivieren und – wo erforderlich – auch befähigen, die Vorbedingungen einer gesunden Lebensführung für die physische und psychische Gesundheit, für das Wohlbefinden ihrer Kinder frühzeitig zu erkennen. Dazu gehört in erster Linie eine gute Informationspolitik, die über gesundheitsbewusstes Verhalten zielgruppenspezifisch und praxisnah aufklärt. So zielt die Bundesregierung mit dem Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ darauf ab, nachhaltig das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in allen Altersgruppen zu verbessern. Durch Vernetzung bestehender Maßnahmen und Strukturen, insbesondere in den Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen, sollen die Angebote dauerhaft und möglichst flächendeckend implementiert werden. Dabei geht es darum, ein gesundes Essverhalten nahezubringen und die Freude an körperlicher Bewegung zu vermitteln.

Mit der Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“ setzt sich die Bundesregierung für die Prävention von Essstörungen ein. Vor allem junge Menschen, Mädchen und Frauen sollen darin gestärkt werden, das gängige Schönheits- und Schlankeitsideal zu hinterfragen und ein positives Körpergefühl und Selbstbewusstsein zu entwickeln.

Um die Gesundheitssituation von Kindern gezielt zu verbessern, hat die Bundesregierung im Mai 2008 die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit verabschiedet. Diese baut auf den Daten des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelten und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit geförderten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) auf. Die Strategie zielt mit einem politikübergreifenden Maßnahmenkatalog darauf ab, die Voraussetzungen für einen gesunden Lebensstil zu verbessern und ihn in den Alltag der Kinder zu integrieren,

die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern und gesundheitliche Risiken im Kindes- und Jugendalter zu senken. Hierzu bündelt und verknüpft die Strategie politikübergreifend Handlungsansätze und Maßnahmen der Bundesregierung im Bereich der Kindergesundheit.

Eltern sind die zentralen Partner, wenn es um Fragen des Jugendschutzes geht. Im Rahmen ihrer Pflicht zur Erziehung sind es in erster Linie sie, die Grenzen setzen und diese ihren Kindern gegenüber auch verständlich erklären müssen. Eltern sehen sich im Rahmen der Erziehung immer wieder mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Das betrifft auch den Umgang mit elektronischen Medien. Ein besonderes Anliegen der Bundesregierung ist daher die Förderung der Medien(erziehungs)kompetenz von Eltern und pädagogischen Fachkräften sowie von Kindern und Jugendlichen. Eine Darstellung des breiten Spektrums der Maßnahmen auf dem Gebiet des Jugendmedienschutzes und der Medienkompetenzförderung des Bundes enthält der aktuelle Medien- und Kommunikationsbericht der Bundesregierung. Hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol und Drogen kommt es neben den bestehenden gesetzlichen Regeln ganz entscheidend darauf an, Eltern in ihrer Funktion als Vorbilder zu stärken und Kinder und Jugendliche darin zu unterstützen, ohne Suchtmittel zu leben.

Gute Rahmenbedingungen für ein gesundes Umfeld von Anfang an

Überall dort, wo staatliche Stellen unmittelbar Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen, sind diese für ein gesundes Umfeld verantwortlich. Das gilt unter anderem für öffentliche Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen wie beispielsweise Kindertagesstätten, Kindertagespflege und Schulen.

Seit dem 16. Dezember 2008 ist das Kinderförderungsgesetz in Kraft. Bis 2013 soll für 35 Prozent der Kinder in Deutschland ein Betreuungsplatz in einer Kindertagesstätte oder in der Tagespflege zur Verfügung stehen. Ab dem 1. August 2013 hat jedes Kind einen Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz. Dieser quantitative Ausbau geht Hand in Hand mit Investitionen in mehr Qualität. Die Bundesregierung betrachtet gesunde Ernährung und die Möglichkeit zur ausreichenden Bewegung als Grundvoraussetzungen, die in Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen für Kinder erfüllt sein sollten. Ein Umfeld zu schaffen, in dem ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung in allen Lebensbereichen fest verankert sind, damit Kinder gesünder aufwachsen, ist daher auch ein Ziel des Nationalen Aktionsplans „IN FORM ...“.

Darüber hinaus stellt der Bund im Rahmen des konjunkturpolitischen Maßnahmenpakets II im Zukunftsinvestitionsgesetz 10 Milliarden Euro Finanzhilfen für zusätzliche Investitionen der Kommunen und der Länder in den Jahren 2009 und 2010 zur Verfügung, die auch 2011 noch zur Finanzierung bereits begonnener Maßnahmen genutzt werden können. Die Länder und Kommunen ergänzen diese Finanzhilfen um mindestens 3,3 Mrd. Euro Eigenanteil an den zusätzlichen Investitionen. Auf Investitio-

nen mit Schwerpunkt Bildungsinfrastruktur entfallen 65 Prozent der Finanzhilfen des Bundes, also 6,5 Mrd. Euro. Nach dem Zukunftsinvestitionsgesetz gehören zu den förderfähigen Investitionen in dieser Gruppe neben den Investitionen insbesondere in die energetische Sanierung in Schulen, Hochschulen, und Weiterbildungseinrichtungen sowie Investitionsmaßnahmen in Forschungseinrichtungen auch Investitionen in die frühkindliche Infrastruktur. Die Vorhaben dürfen nicht aus anderen Programmen gefördert werden. Sie ergänzen wirksam die Beteiligung des Bundes mit 2,15 Mrd. Euro an den bis 2013 anfallenden Investitionskosten für neue Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren, die bereits in allen Bundesländern eingesetzt werden. Die Länder und Kommunen können mit den Mitteln des Zukunftsinvestitionsgesetzes diesen Investitionsschub nun für den gesamten Bereich der frühkindlichen Infrastruktur für Kinder vor dem Schuleintritt verstärken.

Die Kommission bestätigt, dass das Thema Gesundheit in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und in der Kindertagespflege eine hohe fachliche Aufmerksamkeit genießt und auch in den Bildungsplänen der Länder sowie im Curriculum des Deutschen Jugendinstituts (DJI) Kindertagespflege einen angemessenen hohen Stellenwert hat. Wie die Kommission sieht aber auch die Bundesregierung, dass weiterführende Investitionen in die Qualifizierung des Betreuungspersonals in Kindertagesstätten und in der Kindertagespflege notwendig sind. Im Forum frühkindliche Bildung, das auf Initiative der Bundesregierung Eckpunkte zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege entwickelt, werden Prävention und Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert einnehmen.

2.2 Chancengerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen

Als Vertragsstaat der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen erkennt Deutschland das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an (Artikel 24 Absatz 1). Die Bundesregierung will deshalb auch in der Gesundheit Chancengerechtigkeit für alle Kinder von Anfang an erreichen.

Wie die Kommission sieht die Bundesregierung, dass jedoch die Chancen, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen, in Deutschland unterschiedlich verteilt sind. Biologische, kulturelle, umweltbedingte, ökonomische und soziale Faktoren beeinflussen die individuelle Gesundheit in unterschiedlichem Maße. Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt Erkenntnisse des KIGGS, wonach Gesundheitsrisiken in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders häufig zu finden sind. Insbesondere Kinder und Jugendliche von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau, aus Familien mit schlechter Einkommenslage und schlechten Wohnbedingungen sind davon betroffen. Dies gilt aufgrund ihrer sozialen Lage häufig auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Hier zeigen sich zunehmend chronische und psychosomatische

Krankheitsbilder, die viel mit Lebensweise und lebenslagenabhängigen Stressfaktoren zu tun haben.

KIGGS hat für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung erfasst. Das Ergebnis ist, dass die gesundheitliche Situation insgesamt gut ist, sich jedoch eine Häufung gesundheitlicher Risiken bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien findet. Zudem verschiebt sich das Krankheitsspektrum von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Gesundheitsstörungen. Das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) haben nach Auswertung der Daten Handlungsempfehlungen abgeleitet, die Grundlage für weitere Präventionsmaßnahmen sein werden. Von großer Bedeutung sind die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V. Um auch bei Kindern aus bildungsfernen Familien eine regelmäßige Teilnahme zu gewährleisten, führt die BZgA zahlreiche Informationsprojekte durch.

Unterstützung gezielt einsetzen

Die Bundesregierung stimmt der Kommission zu, dass vor allem diejenigen Kinder und Jugendlichen, die unter schwierigen Lebensbedingungen aufwachsen und Gefahren ausgesetzt sind, einen ganz besonderen Unterstützungsbedarf haben. Aus diesem Grund richtet die Bundesregierung ihre Anstrengungen darauf, gerade diejenigen Familien besonders zu unterstützen, in denen die gesundheitliche Förderung der Kinder nicht optimal verläuft. Sie tut dies mit einer sinnvollen Kombination aus gezielter finanzieller Förderung und der Verbesserung von Strukturen.

Die Bundesregierung kann der Feststellung der Kommission, in Deutschland würden Maßnahmen zur sozialpolitischen Gegensteuerung zurückgenommen, nicht folgen. Im Gegenteil: Die Bundesregierung hat seit 2005 eine Vielzahl von Maßnahmen und Leistungsverbesserungen umgesetzt, die die wirtschaftliche Stabilität von Familien nachhaltig sichern und damit auch die Armutsrisiken von Kindern reduzieren. Maßgebliche Beiträge haben die Einführung des Elterngeldes im Jahr 2007 sowie die Erhöhung und frühere und stärkere Staffelung des Kindergeldes zu Beginn 2009 geleistet.

Auch der Ausbau der Kinderbetreuung für unter Dreijährige wird in den kommenden Jahren die Erwerbsmöglichkeiten der Eltern verbessern und so ebenfalls positiv zur Einkommensentwicklung der Familien beitragen. Der Familienreport 2009 der Bundesregierung belegt die positive Bewertung dieser nachhaltigen Familienpolitik und nennt gute Argumente für die Fortsetzung des eingeschlagenen Weges.

Familienpolitische Leistungen vermindern Armut und beugen Armut vor

Kinderarmut im Sinne relativer Einkommensarmut ist eine Frage der Eltern- bzw. Familieneinkommen. Kinder sind insbesondere dann armutsgefährdet, wenn ihre El-

tern arbeitslos sind oder nur über ein geringes Einkommen verfügen. Der Familienreport 2009 zeigt: Ein hohes Risiko, in einer Familie mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle aufzuwachsen, tragen in Deutschland vor allem Kinder von Alleinerziehenden, Kinder mit zwei und mehr Geschwistern sowie Kinder mit Migrationshintergrund. Wer die Lebenssituation von Kindern nachhaltig verbessern will, muss daher in erster Linie den Eltern helfen, für sich und ihre Kinder den Lebensunterhalt sicherstellen zu können. Familien, in denen zumindest ein Mitglied im erwerbsfähigen Alter einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht, haben ein vergleichsweise niedriges Armutsrisiko. Praktisch keine Rolle spielt Armut in den Familien, in denen beide Elternteile einer Erwerbstätigkeit nachgehen, auch wenn sie Teilzeit und Vollzeit kombinieren. Ausschlaggebend bei der Reduzierung von Armutsrisiken – das zeigt auch der internationale Vergleich – ist daher vor allem eine hohe Erwerbsbeteiligung möglichst beider Elternteile. Alternative Vorschläge zur Armutsvermeidung von Familien mit Kindern müssen sich hieran messen lassen.

Die Bundesregierung setzt deshalb sowohl auf ein hohes Maß an Sachleistungen und Betreuungsangeboten für Familien, mit denen vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert wird, als auch auf ein zielgerichtet ausgestaltetes System finanzieller Leistungen und steuerlicher Maßnahmen für Familien. Nicht zuletzt aus den Erfolgen anderer Länder bei der Armutsreduzierung ist bekannt: Beide Strategien sind wichtig. Sie sind keine Alternativen, sondern müssen sich wirkungsorientiert ergänzen.

Im dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung sind die Maßnahmen zur Armutsbekämpfung und –vermeidung ausführlich beschrieben. Darüber hinaus hat das zur Überprüfung der familienbezogenen Leistungen beim Bundesfamilienministerium eingerichtete Kompetenzzentrum in einem ausführlichen Dossier zu Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen Daten des sozioökonomischen Panels 2006 ausgewertet und die armutsreduzierende Wirkung familienbezogener Leistungen untersucht. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass es Deutschland gut gelingt, Kinderarmut zu bekämpfen. Die Armutsrisikoquote von Kindern sinkt durch die Zahlung staatlicher Transferleistungen um fast zwei Drittel.

Um eine Abhängigkeit von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende trotz Erwerbstätigkeit zu vermeiden, gibt es seit 2005 den Kinderzuschlag für Geringverdiener. Er wird Eltern gewährt, die Erwerbseinkommen erzielen und zusammen mit dem Kinderzuschlag und dem Wohngeld den Gesamtbedarf der Bedarfsgemeinschaft decken können. Durch gezielte Reformschritte wurde der Kinderzuschlag 2008 als ein maßgebliches Instrument zur Armutsreduktion mit speziellem Zuschuss insbesondere auf Mehrkindfamilien mit geringem bzw. nur einem Einkommen gestärkt. Im Zusammenspiel mit den ab 2009 geltenden Verbesserungen beim Wohngeld werden rund 150 000 Kinder mehr erreicht als bisher.

Von der ab 2009 zusätzlichen Leistung für die Schule profitieren gezielt Kinder aus Familien im SGB-II- und SGB-XII-Bezug sowie kinderzuschlagsberechtigte Familien: Sie erhalten für die Schule zukünftig längstens bis zum Erwerb der Hochschulreife bzw. um höhere Schulabschlüsse zu erlangen zusätzlich einen pauschalen Betrag in Höhe von 100 Euro jährlich. Zudem erhalten Familien Hilfen im Rahmen des Konjunkturprogramms II der Bundesregierung. Für Kinder zwischen sechs und 13 Jahren in der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Sozialhilfe werden vom 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2011 die Regelsätze von 60 auf 70 Prozent der maßgebenden Regelleistung erhöht. Darüber hinaus erhalten alle Kindergeldberechtigten für das Jahr 2009 eine Einmalzahlung in Höhe von 100 Euro je Kind (Kinderbonus). Diese Einmalzahlung wird nicht auf Sozialleistungen wie Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Unterhaltsvorschuss und Kinderzuschlag angerechnet.

Die Frage nach geeigneter Unterstützung stellt sich insbesondere auch für die Gruppe der Alleinerziehenden, für die es besonders schwierig ist, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Wenn auch mehr als die Hälfte von ihnen sich überwiegend aus eigener Erwerbsarbeit finanziert, beziehen ca. 40 Prozent aller Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Vor diesem Hintergrund kooperieren das Bundesfamilienministerium und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen einer strategischen Partnerschaft „Perspektiven Alleinerziehende“. Hierdurch sollen die einzelnen Unterstützungs- und Hilfesysteme stärker koordiniert und verbessert werden.

Eine nachhaltige Familienpolitik sichert die Existenz und die Zukunft von Familien und Kindern, indem die Maßnahmen der Zeitpolitik, Infrastruktur und Transfers nicht gegeneinander ausgespielt oder isoliert betrachtet, sondern wirkungsorientiert aufeinander abgestimmt werden. Mit dem Leistungsmosaik von Elterngeld, Kinderzuschlag, gestaffeltem Kindergeld und bedarfsgerechter Kinderbetreuung werden die Familien in der Mitte der Gesellschaft gehalten.

2.3 Bündelung gesellschaftlicher Aktivitäten

Der zentrale Auftrag an die Kommission lautete, die Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe zu untersuchen. In vielen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung fehlt es an Kooperation.

Ebenso vielfältig wie das Angebot von Einzelaktivitäten zur Förderung von Prävention ist auch die Trägerschaft bzw. die Verteilung der Zuständigkeiten: angefangen vom Sportverein, den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe bis hin zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Krankenkassen. Hier bleibt Deutschland hinter seinen Möglichkeiten zurück. Es ist ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung, eine konstruktive und verbindliche Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen und Dienste herbeizuführen, um

so die großen Chancen, die Prävention und Gesundheitsförderung für unser Gesundheitssystem und für unsere ganze Gesellschaft bieten, effektiver und effizienter zu nutzen.

Die Bundesregierung hat bereits in dieser Legislaturperiode Initiativen für eine bessere Vernetzung gestartet. Ein gutes Beispiel ist der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, der von der BZgA im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums initiiert wurde. Mit ihm ist es gelungen, auf Bundesebene die relevanten Akteure der Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verbesserung gesundheitlicher Chancen zusammenzuführen. Darüber hinaus sind in allen 16 Ländern so genannte „Regionale Knoten“ aufgebaut worden, die, hälftig von Krankenkassen und Ländern finanziert, für den Ausbau von vorbildlichen Modellen der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte sorgen sollen.

Ein weiteres gutes Beispiel gelingender Kooperation sind die bundesweit 500 lokalen Netzwerke, die die Bundesregierung mit dem Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser (MGH) fördert. Die MGH verbinden bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und professionelle Unterstützung. Sie schaffen mit ihren Angeboten eine niedrigschwellige Infrastruktur, auf die alle Generationen vor Ort zurückgreifen können.

MGH bieten insbesondere auch für Familien praktische Hilfe, z. B. durch die flexible Kinderbetreuung, die einen großen Anteil der Angebote in den MGH ausmacht. Das breite Angebot der MGH schafft Raum für die Weitergabe von Alltagskompetenzen und von Erziehungswissen. Fast die Hälfte der 500 MGH hat sich aus Familienbildungsstätten und Familien- und Mütterzentren heraus entwickelt und integriert die Angebote der Familienbildung oder kooperiert mit öffentlichen und freien Trägern der Familienbildung.

Die Bundesregierung sieht sich in der Förderung von MGH durch die Analysen und Forderungen des Kommissionsberichts sowie durch das Urteil der Menschen vor Ort bestätigt. Gut drei Viertel der Nutzerinnen und Nutzer der MGH fühlen sich durch die Angebote in den MGH stark bis sehr stark entlastet.

Das Beispiel der MGH zeigt: Prävention und Gesundheitsförderung muss die Gegebenheiten vor Ort in den Ländern und Gemeinden berücksichtigen. Gesundheit wird im Alltag der Kinder und Jugendlichen vor Ort hergestellt und dort müssen sie erreicht werden. Notwendig ist allerdings ein abgestimmtes koordiniertes Vorgehen aller Entscheidungsträger, um sich auf Prioritäten, gemeinsame Ziele und Aktionen zu verständigen, die dann auch regelmäßig darauf überprüft werden, ob sie ihre Ziele erreicht haben. Auch mit dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM ...“ sollen die maßgeblichen Akteure und Maßnahmen im Bereich der Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht besser vernetzt und ein Beitrag zu Kooperation und Zusammenarbeit geleistet werden.

Wie die Kommission ist die Bundesregierung der Auffassung, dass alle Akteure gleichermaßen – entsprechend

ihrer Verantwortungsbereiche – gefordert sind, wenn es darum geht, die Lebensbedingungen und Lebensperspektiven von Kindern und Jugendlichen weiterhin zu verbessern. Vorhandene Ressourcen und präventive Aktivitäten müssen gebündelt und bislang ungenutzte Potentiale ausgeschöpft werden. Wie der 13. Kinder- und Jugendbericht aufzeigt, kommt der Kinder- und Jugendhilfe dabei eine wichtige Aufgabe zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen der nachfolgenden Generationen zu.

3. Vernetzung stärken – Kinder- und Jugendhilfe im Zusammenwirken mit anderen Systemen

3.1 Frühe Hilfen und Kinderschutz

Der Schutz von Kindern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Bund, Länder und Kommunen in gemeinsamer Verantwortung gestalten

Kinderschutz findet vor Ort in den Kommunen statt. Ihnen kommt eine zentrale Rolle beim Aufbau vernetzter Strukturen und Früher Hilfen zu, während Bund und Länder wichtige Regelungs-, Anregungs- und Unterstützungsfunktionen übernehmen. Vor dem Hintergrund eklatanter Einzelfälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung haben die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder den Kinderschutz aufgrund seiner großen gesellschaftspolitischen Bedeutung zum zentralen Gegenstand ihrer Beratungen am 19. Dezember 2007 und 12. Juni 2008 gemacht. Lücken im Kinderschutz wurden identifiziert und Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes veranlasst.

In mehreren Bundesländern sind Kinderschutzgesetze bereits auf den Weg gebracht und mit dem Ziel beschlossen worden, die verschiedenen Akteure, die mit der Förderung der Entwicklung und dem Schutz von Kindern befasst sind, besser miteinander zu vernetzen sowie die Verbindlichkeit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen.

Die große Mehrzahl der Bundesländer hat in diesem Zusammenhang die Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen durch konkrete Verfahrensregelungen erhöht.

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder wurde zum 1. Juli 2008 eine zusätzliche Untersuchung U 7a vom 34. bis zum 36. Lebensmonat als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt.

Auf der Grundlage der Empfehlungen der im März 2006 im Bundesministerium der Justiz eingesetzten Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ wurde im Sommer 2008 das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls verabschiedet.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder haben auf ihrer Konferenz am 12. Juni 2008 in Würdigung dieser bereits erfolgten Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes den Beschluss gefasst, dass auch gesetzliche Regelungen auf Bundesebene für einen wirksa-

meren Kinderschutz zügig umgesetzt werden sollen, um identifizierte gesetzliche Lücken zu schließen. Mit den Gesetzentwürfen zur Verbesserung des Kinderschutzes und zur Änderung des Bundeszentralregistergesetzes, die gegenwärtig im Bundestag beraten und noch vor der Sommerpause verabschiedet werden sollen, hat die Bundesregierung die Beschlüsse der Kanzlerin und der Länderschefs ausgeführt.

3.1.1 Frühe Hilfen als Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes

Die Bundesregierung begrüßt es, dass die Kommission der Zeit der Schwangerschaft und der ersten drei Lebensjahre eines Kindes im Rahmen der Darstellung zur Familien- und Elternbildung eine eigene und besonders ausführliche Darstellung widmet und damit die weichenstellende Bedeutung dieser frühen Lebensphase betont. Aus Sicht der Kommission stehe im Fokus der besonderen öffentlichen Aufmerksamkeit sowie der Entwicklung der Fachpraxis derzeit das Erkennen von familiären Risiko-, Belastungs- und Gefährdungskonstellationen und das Bestreben, entsprechende Unterstützungsangebote für junge Familien weiterzuentwickeln. Ziel dieser Bemühungen zum Ausbau Früher Hilfen sei es, Familien früh und rechtzeitig zu erreichen und ihnen präventive Hilfen anbieten zu können, um so einer möglichen späteren Gefährdung des Kindes zu begegnen. Sodann wird formuliert, dass dieses selektive, auf die Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen orientierte Verständnis von Frühen Hilfen nicht unumstritten sei. Bei einer Vielzahl familiärer Unterstützungs- und Hilfebedarfe gehe es nicht um eine potenzielle Kindeswohlgefährdung, es müsse eher eine umfassende Förderung von Verwirklichungschancen im Fokus stehen. In diesem Sinn setzt die Kommission den Begriff der frühen Förderung ein, die universell auf die Unterstützung und Förderung elterlicher Erziehungsarbeit abziele und eine Kindeswohlgefährdung als Sonderfall betrachte.

Förderung – Hilfe – Schutz bilden einen Dreiklang

Die von der Kommission gewählte Unterscheidung zwischen Früher Hilfe und früher Förderung wird jedoch wieder aufgeweicht, wenn im Bericht als erste Forderung an die politischen Handlungsebenen eine frühe Förderung der Entwicklung von Kindern formuliert wird, die sich zwar als breit angelegte und umfassende kommunale Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter versteht, jedoch zugleich mit dem Ziel verknüpft wird, dadurch die Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung zu reduzieren.

Mit dem Anstoß zum Ausbau Früher Hilfen durch das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ verfolgt die Bundesregierung vor allem das Ziel, mittels selektiver Prävention einen Beitrag für einen verbesserten Schutz von Kindern insbesondere von der vorgeburtlichen Zeit bis zum Alter von etwa drei Jahren zu leisten. Dabei sind Frühe Hilfen

Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes, das sowohl das Erkennen von spezifischen Risiken und Gefährdungen, präventive Angebote zur Stärkung elterlicher Kompetenzen als auch Interventionen (z. B. Unterbringungen der Kinder außerhalb ihrer Familie) umfasst. Das Aktionsprogramm scheint damit auch geeignet, mit Hilfeangeboten die soziale Integration von Familien mit Migrationshintergrund zu unterstützen.

Aus Sicht der Bundesregierung ist daher die von der Kommission gewählte – wenngleich nicht konsequent durchgehaltene – Differenzierung von „Förderung“, „Hilfe“ und darüber hinaus auch „Schutz“ (so auch das Modell von Schone (2008), auf das die Kommission verweist) durchaus geeignet, um die Unterschiede in der Zielsetzung der Maßnahmen zu beschreiben. Denn während eine frühe Förderung auf eine allgemeine Förderung der Entwicklung von Kindern abzielt und universell angelegt ist, nehmen Frühe Hilfen insbesondere Familien in den Blick, die sich in belastenden Lebenslagen befinden. Sie zielen damit auf eine frühe Stärkung der elterlichen Kompetenzen ab, um Kindeswohlgefährdungen gar nicht erst entstehen zu lassen.

Familien in belastenden Lebenslagen bedürfen einer besonderen Ansprache

Dieser von der Bundesregierung gewählte Ansatz wird durch zahlreiche Untersuchungen zu universell angelegten Angeboten (z. B. Elterntrainings, Eltern-Kind-Gruppen) gestützt, die immer wieder auf das Problem der zum Teil sehr geringen Inanspruchnahme und hohen Abbruchraten solcher Maßnahmen bei Eltern in Risikosituationen hinweisen. Insofern erscheint es zu kurz gedacht, mit dem Ziel einer Verhinderung jeglicher Stigmatisierung ausschließlich auf universelle und niedrigschwellige Angebote zu setzen – um so auch Familien in Risikokontexten zu erreichen, dabei aber auszublenken, dass diese Angebote belastete Zielgruppen eben oft nicht erreichen. Denn als Teilnahmebarrieren lassen sich genau jene Faktoren benennen, die zugleich die schwierige Lebenslage oder das Risiko ausmachen.

Auch die Erfahrungen in den Modellprojekten, die die Bundesregierung im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ in allen Ländern auf den Weg gebracht hat, zeigen, dass es sehr wohl besonderer Anstrengungen bedarf, um einen Zugang zu Familien in belastenden Lebenssituationen zu finden – und dass sie auch einer besonderen Hilfeform und Ansprache bedürfen. Sie sind oft mit breit einsetzbaren Maßnahmen (z. B. Gruppentrainings) weniger gut erreichbar, wenn sie sich überhaupt einer solchen Hilfe zuwenden. Denn gerade diese Familien, die für eine frühe Unterstützung besonderen Bedarf zeigen, sind ohne besondere Ansprache oft kaum motiviert, den Zugang zu Hilfen zu suchen (Präventionsdilemma). Familien mit Migrationshintergrund sind überdies in vielen Fällen aufgrund von Sprachbarrieren von bestehenden Hilfeangeboten ausgeschlossen und benötigen erleichterte Zugänge.

Vom Sozialen Frühwarnsystem zum Netzwerk Früher Hilfen

Ihren Anspruch, dass es systematischer Schritte bedarf, um Familien in belastenden Lebenslagen den Zugang zu Frühen Hilfen zu ermöglichen und sie nicht wieder aus dem Blick zu verlieren, hat die Bundesregierung mit der Aufnahme der Begrifflichkeit „Soziales Frühwarnsystem“ zum Ausdruck gebracht. Zentral ist also der auch für die Kommission wichtige Gedanke eines interdisziplinären Netzwerksystems, der in der Fachpraxis als wesentliches Element anerkannt und umgesetzt wird. Angesichts der Einigkeit in der Sache lässt sich über einen anderen Begriff als „Frühwarnsystem“, der die Kommission an den Katastrophenschutz denken lässt, diskutieren. Eine passende Beschreibung könnte der Begriff „Netzwerk Früher Hilfen“ bieten, der bereits in den Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder zum Thema Kinderschutz am 12. Juni 2008 aufgenommen wurde.

3.1.2 Psychosoziale Unterstützung für werdende und junge Eltern

Die Kommission mahnt an, dass es für werdende Eltern über die medizinische Versorgung hinaus nur wenige Angebote gebe, die auch eine psychosoziale Begleitung ermöglichen. Während die Finanzierung von Familienhebammen oder bereits vorgeburtlich eingesetzter Familienhelferinnen nicht abgesichert sei, gebe es zwar entsprechende Angebote der Familien- und Schwangerschaftsberatung, die auf der Basis des Schwangerschaftskonfliktgesetzes jedoch nur inoffiziell mitlaufen würden. Gefordert wird daher eine regelhafte Finanzierung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für alle werdenden und jungen Eltern in entsprechenden Bedarfslagen. Dies muss aus Sicht der Bundesregierung durch Länder und Kommunen sichergestellt werden.

3.1.2.1 Schwangerenberatung

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) sieht entgegen der Darstellung der Kommission weitreichende Regelungen mit Anspruchscharakter über Hilfsmöglichkeiten nicht nur im Falle eines Schwangerschaftskonflikts (sog. Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5 bis 10 SchKG), sondern auch bei Fragen, die unmittelbar oder mittelbar eine Schwangerschaft berühren (sog. allgemeine Schwangerschaftsberatung nach §§ 2 bis 4 SchKG), vor. Im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung besteht ein umfassender Anspruch auf Information und psychosoziale Beratung insbesondere

- in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen,
- über bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Familien und Kinder, einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben,
- über Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung,
- über soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfe

bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt,

- über die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien, die vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit beeinträchtigten Kindes zur Verfügung stehen,
- über die Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.

Die Schwangere ist darüber hinaus bei der Geltendmachung von Ansprüchen sowie bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und bei der Fortsetzung ihrer Ausbildung zu unterstützen. Der Anspruch auf Beratung im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung umfasst zudem die Nachbetreuung nach der Geburt des Kindes oder nach einem Schwangerschaftsabbruch. Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind zudem Antragstellen für finanzielle Hilfen durch die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Nutzung eines bundesweiten Netzwerks

Die öffentliche Förderung der Beratungsstellen zur Erfüllung der normierten Ansprüche ist bereits im Gesetz vorgesehen (§ 4 SchKG: für je 40 000 Einwohner mindestens eine Beraterin oder Berater), d. h. es besteht bereits ein bundesweites Netz an Schwangerschaftsberatungsstellen. Der Sicherstellungsauftrag für das bundesweite wohnortnahe plurale Beratungsnetz nach § 2 SchKG richtet sich an die Länder. Schwangerschaftsberatungsstellen nehmen eine wichtige Funktion bei der Vernetzung der Gesundheitsfürsorge und Kinder- und Jugendhilfe ein, denn sie sind häufig erste Anlaufstellen besonders auch für überforderte, sozial benachteiligte schwangere Frauen – oft motiviert durch die finanziellen Hilfen der Bundesstiftung „Mutter und Kind ...“ aber auch aus psychosozialen Motiven. Die Schwangerschaftsberatungsstellen haben daher eine wichtige „Türöffnerfunktion“ im Kontext Früher Hilfen.

3.1.2.2 SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Das SGB VIII verfolgt das Leitbild, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen. Beratung und Unterstützung von Eltern bei der Erziehung sowie der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl stellen zentrale Aufgaben dar. Das SGB VIII knüpft an das Eltern-Kind-Verhältnis an und setzt daher grundsätzlich die Geburt eines Kindes voraus.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe vor der Geburt eines Kindes

An einigen Stellen reicht das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe aber bis in die Zeit vor der Geburt zurück. Als spezifischer Leistungstatbestand für die Zeit vor und nach der Geburt kommt insbesondere § 19 SGB

VIII (Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder) in Betracht. Nach Absatz 1 Satz 1 sollen Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes bedürfen. Absatz 1 Satz 3 regelt, dass eine schwangere Frau vor der Geburt des Kindes in der Wohnform betreut werden kann.

Nach § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie) Absatz 1 Satz 1 sollen Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung angeboten werden. Bei der Beschreibung der Leistungen in Absatz 2 Nr. 1 ist u.a. von Angeboten der Familienbildung die Rede, die „junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten“.

Brücken, die das SGB VIII baut

Die Bundesregierung wird prüfen, ob in Hinblick auf Frühe Hilfen eine engere Verbindung zwischen der in § 16 SGB VIII geregelten Förderung und den Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. SGB VIII hergestellt werden sollte. Möglicherweise liegt zwischen den Voraussetzungen für die Hilfen zur Erziehung (Antragserfordernis, eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung ist nicht gewährleistet, Hilfe ist geeignet und notwendig für seine Entwicklung) und den anderen Leistungen der Kinder und Jugendhilfe eine Lücke, die durch spezifische Leistungen Früher Hilfen zu schließen ist.

3.1.2.3. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch regelt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Kinder sind in der GKV beitragsfrei versichert und von Zuzahlungen befreit. Damit leisten die gesetzlich Versicherten einen erheblichen Solidarbeitrag für Familien mit Kindern. Zu dieser Solidargemeinschaft gehört aber auch, dass bestimmte Grundregeln der GKV für alle gelten.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können bis auf festgelegte Ausnahmen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Als Ausnahmen gelten Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien als Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen berücksichtigt sind. Gerade um die besonderen Belange von Familien zu berücksichtigen, sind Kinder unter zwölf Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen von dieser Regelung nicht betroffen. Die Erkrankungshäufigkeit in Bezug auf geringfügige Gesundheitsstörungen nimmt mit zuneh-

mendem Alter ab. Die Krankheitsbilder nähern sich denen der Erwachsenen an und es erfolgt der Wechsel vom Kinderarzt zum Hausarzt. Somit ist ab dem vollendeten zwölften Lebensjahr eine Gleichstellung mit Erwachsenen gerechtfertigt.

Die Entwicklung, dass Impfungen in immer geringerem Maße vom ÖGD durchgeführt wurden, hat bereits vor der Verankerung von Impfungen als Pflichtleistungen der GKV durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) begonnen. Grundsätzlich sollte die Basisimmunisierung so frühzeitig wie möglich und zudem niedrigschwellig erfolgen. Daher ist es sinnvoll, dass Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern im Kontext der U-Untersuchungen beim niedergelassenen Kinderarzt durchgeführt werden.

Um Impflücken zu schließen, ist aber gleichzeitig auch eine Stärkung des aufsuchenden Impfens durch den ÖGD in Gemeinschaftseinrichtungen erforderlich. Aus diesem Grunde wurde im Rahmen des GKV-WSG durch den § 20d (3) SGB V die Möglichkeit geschaffen, Impfungen durch den ÖGD bei Übernahme der Sachleistungen seitens der GKV durchführen zu lassen.

Hebammen als Schlüssel zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind

Als spezifische Leistung zur Unterstützung und Förderung eines gesunden Aufwachsens bereits in der frühen Lebensphase kommt insbesondere die Versorgung durch Hebammenhilfe gem. § 134a SGB V in Betracht. Neben der Möglichkeit ihrer Beschäftigung bei örtlichen Trägern sind Hebammen oft freiberuflich tätig. In Absatz 1 ist die vertragliche Vereinbarung über die Vergütung freiberuflicher Hebammen geregelt. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Hebammenverbänden geschlossene Hebammen-Vergütungsvereinbarung (HVV) sieht für die Zeit nach der Geburt einen Leistungskatalog mit einer genau festgelegten Art und Anzahl von Leistungen (26 Behandlungseinheiten) vor, die bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt berechnungsfähig sind. Nach dieser Zeit sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig (HVV, Leistungsverzeichnis, Abschnitt C.e). Die in sehr dichten Abständen vorgesehenen Besuche während des Wochenbetts werden nach Angaben der Krankenkassen jedoch meist nicht vollständig in Anspruch genommen und daher auch nicht abgerechnet. Mit dem Ziel einer Förderung gesunden Aufwachsens gerade in den ersten Lebensmonaten sollten Krankenkassen und Ärzte darauf hinwirken, dass die vorgesehenen Leistungen möglichst vollständig in Anspruch genommen werden.

Bei der Arbeit mit belasteten Familien können insbesondere die von Ländern und Kommunen zu finanzierenden Familienhebammen unterstützend wirken. Denn als staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation legen sie einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die soziale, psychosoziale und gesundheitsbezogene Beratung und Betreuung von Risikogruppen.

Primärprävention und Gesundheitsförderung haben viele Facetten

Die Bundesregierung sieht sich durch die Kommission in dem Bestreben bestätigt, Gesundheitsförderung und primäre Prävention im direkten Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen zu verankern. Dafür spricht, dass auf diese Weise Menschen mit Präventionsangeboten niedrigschwellig gut erreicht werden können. Für noch Erfolg versprechender und nachhaltiger hält die Bundesregierung den Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit dem auch Lebensverhältnisse der Bevölkerung gesundheitsfördernd gestaltet werden sollen, den der Bericht als „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ bezeichnet. Neben den Kindertagesstätten, in denen leider nicht alle Kinder erreicht werden können, sind Kinderkrippen, Schulen, Jugendeinrichtungen und Stadtteile geeignete Settings.

Die Leistungen der GKV zur Primärprävention (§ 20 SGB V) sind darauf hin überprüft worden, ob mit ihnen ein Beitrag zur Verminderung von eingeschränkten Gesundheitsschancen erbracht worden ist. Es wurde festgestellt, dass die Krankenkassen nach wie vor ein Schwergewicht auf Leistungen der individuellen Prävention legen, mit denen überwiegend gesundheitsbewusste Versicherte erreicht werden. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement im Rahmen der Vorgaben des § 20 Absatz 2 SGB V im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit noch intensivieren könnten.

Die Bundesregierung hat die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung gestärkt, in dem über das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ auch gesundheitsfördernde Stadtteilprojekte finanziert werden können. Begleitend dazu wurde eine Handreichung für Stadtteilakteure wie Quartiersmanager entwickelt („Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“), um sie zu befähigen, Gesundheitsförderungsprojekte zu initiieren.

Als Maßnahmen kommen dabei auch unterstützende Angebote für Schwangere und junge Familien im Rahmen regionaler Netzwerke in Betracht. Die Kommission weist zu Recht darauf hin, dass eine solche Netzwerkarbeit Ressourcen braucht. Sehr zu begrüßen ist, dass einige Länder bereits im Rahmen von Gesetzen zur Förderung eines gesunden Aufwachsens und für einen verbesserten Kinderschutz dafür Sorge getragen haben.

Auf dem Weg zu einer verbesserten Datenbasis

Die Kommission fordert die Bundesregierung auf, ressortübergreifende Grundlagen- und Praxisforschung zu initiieren und verweist auf die Erforderlichkeit belastbarer Daten über das Ausmaß von Kindesvernachlässigung und -misshandlung in Deutschland. Auch die Bundesregierung sieht diese Bedarfslage und wird entsprechende mit dem Datenschutz zu vereinbarende Maßnahmen prüfen. In diesem Zusammenhang kommt einer konsequenten Umsetzung der in § 294a SGB V (Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden) normierten Mitteilungspflicht

Bedeutung zu. Danach haben Ärztinnen und Ärzte bei Anhaltspunkten für eine Körperverletzung oder Hinweisen auf eine Drittverursachung der Gesundheitsschäden den Krankenkassen die entsprechenden Angaben mitzuteilen. In Annahme der Geltendmachung von möglichen Schadensersatzansprüchen durch die Krankenkassen nehmen Ärztinnen und Ärzte aber von einer entsprechende Diagnosestellung in Fällen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung Abstand. US-amerikanische Erfahrungen zeigen, dass diese in Krankenhäusern oder Notfallstationen sowie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu erhebenden gesundheitlichen Parameter durchaus geeignet sind, um eine epidemiologische Beschreibung der Phänomene zu erreichen.

Der Anregung des 13. Kinder- und Jugendberichts hinsichtlich kontinuierlicher Gesundheitserhebungen im Kinder- und Jugendalter wurde durch den Aufbau eines Gesundheitsmonitorings am RKI bereits Rechnung getragen. Der Kinder- und Jugendsurvey KIGGS wird in Form einer Kohorte alternierend als Telefonbefragung und Untersuchungssurvey fortgeführt. Die Ergebnisse dieser Erhebung, die auf Ebene des Bundes repräsentativ ist und regional aufgestockt werden kann, werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes analysiert und veröffentlicht werden.

3.2 Neue Perspektiven für Kinder und Jugendliche mit Behinderung

3.2.1 Im Vordergrund steht der junge Mensch

Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben – ebenso wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderung – ein Recht auf eine umfassende Förderung ihrer Entwicklung, die sich an ihren spezifischen Bedürfnissen und Interessen als junge Menschen ausrichtet. Die Bundesregierung unterstützt den inklusiven Ansatz der Berichtskommission nachdrücklich, insbesondere auch unter Bezugnahme auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und § 24 der UN-Kinderrechtskonvention. Zu Recht fordert die Kommission, dass alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten sind, die keine Aussonderung akzeptiert.

Kinder und Jugendliche mit Behinderung sind in erster Linie Kinder und Jugendliche

Die Einnahme einer inklusiven Perspektive verlangt ein Leistungsangebot für behinderte Kinder und Jugendliche, das sich primär an der Lebenslage „Kindheit und Jugend“ orientiert und erst sekundär nach der Behinderung oder anderen Benachteiligungen und Belastungen in dieser Lebenslage differenziert. Dies ist nach Auffassung der Bundesregierung der Maßstab, an dem die Leistungen für junge Menschen mit Behinderung zu messen sind.

Die Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher in Deutschland ist dadurch gekennzeichnet, dass hierfür eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungssysteme in der Verantwortung steht. Neben der Kinder- und Jugendhilfe sind hier insbesondere die Sozialhilfe, die GKV und die Schule zu nennen.

Der junge Mensch muss im Mittelpunkt der verantwortlichen Teilsysteme stehen

Angesichts dieser Aufspaltung der Verantwortung liegt bereits ohne genaue Betrachtung dieser Teilsysteme und ihrer Schnittstellen zueinander nahe, dass die Realisierung des inklusiven Ansatzes eine besondere Herausforderung darstellt. Der Bundesregierung ist es deshalb ein wichtiges Anliegen, die für die Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher verantwortlichen Systeme auf ihre inklusive Ausrichtung hin zu überprüfen. Vor allem gilt es, die Systemübergänge eingehend in den Blick zu nehmen.

3.2.2 Von der Aufspaltung zur Zusammenführung der Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung – Herausforderungen für ein inklusives Hilfesystem

3.2.2.1 Kinder und Jugendliche mit Behinderung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe – eine Schnittstelle mit Reibungsverlusten

Die Kommission hat ihr besonderes Augenmerk auf das Verhältnis der Teilsysteme „Kinder- und Jugendhilfe“ und „Sozialhilfe“ gerichtet. Nach Auffassung der Bundesregierung steht diese Schnittstelle zu Recht im Fokus der Kommission, weil hier Abgrenzung und Systemzuordnung nicht unproblematisch erscheinen.

Die Art der Behinderung eines jungen Menschen entscheidet über die Zuordnung zu einem Leistungssystem

Für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung und für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, ist die Kinder- und Jugendhilfe vorrangig vor der Sozialhilfe leistungspflichtig (vgl. § 35a SGB VIII). Demgegenüber liegt die vorrangige Leistungszuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit wesentlicher körperlicher oder geistiger Behinderung bzw. für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, bei der Sozialhilfe (vgl. § 10 Absatz 4 SGB VIII). Kinder und Jugendliche mit einem erzieherischen oder einem behinderungsspezifischen Bedarf, der aus einer (drohenden) seelischen Behinderung resultiert, sind demnach dem Leistungssystem „Kinder- und Jugendhilfe“ zugeordnet, während für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) körperlichen oder geistigen Behinderung das Leistungssystem „Sozialhilfe“ zuständig ist.

Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung sind unterschiedlichen Leistungssystemen zugeordnet

Die Verantwortungsaufteilung zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe basiert folglich sowohl auf einer Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung als auch auf einer Differenzierung nach der Art ihrer Behinderung. Diese Zuordnungslogik führt nach Auffassung der Kommission in der Praxis zu erheblichen Definitions- und Abgrenzungsproblemen, aus denen letztlich „Verschiebebahnhöfe“ bzw. „schwarze Löcher“ in der Hilfgewährung für die Betroffenen resultieren. Die Bundesregierung hätte sich zu diesen Aussagen von der Kommission eine systematischere Analyse der hierfür maßgeblichen Ursachen gewünscht.

Im Kindes- und Jugendalter vermischen sich die erzieherischen und behinderungsspezifischen Bedarfskategorien

Aus Sicht der Bundesregierung scheitert eine eindeutige Zuordnung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung und Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung zu einem der beiden Leistungssysteme letztlich daran, dass die Entwicklungsdynamik in der Lebensphase „Kindheit und Jugend“ eine trennscharfe Unterscheidung der (Hilfe-) Kategorien „allgemeiner Förderbedarf“, „erzieherischer Bedarf“, „seelische Behinderung“, „geistige Behinderung“ und ggf. auch „körperliche Behinderung“ erheblich erschwert bzw. in manchen Fällen nahezu unmöglich macht. Die Bundesregierung hat hier insbesondere folgende Konstellationen im Blick:

- Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen können nur im Kontext des familialen und sozialen Beziehungs- und Erziehungssystems betrachtet werden

Im Kindes- und Jugendalter sind psychische Krankheitssymptome von Erscheinungsformen der Entwicklungsverzögerung oder anderen Verhaltensauffälligkeiten aufgrund besonderer biographischer oder sozialer Belastungen kaum abzugrenzen. Hinzu kommt, dass ein (besonderer) erzieherischer Bedarf auch dadurch entstehen kann, dass ein Kind/Jugendlicher behindert ist. Unabhängig davon, ob diese Behinderung körperlicher, geistiger oder seelischer Natur ist, steigen die Anforderungen an die Erziehungskompetenz der Eltern. Eine Überforderung der Eltern bei der Erziehung eines Kindes bzw. Jugendlichen mit Behinderung kann demnach sowohl bei körperlich als auch bei geistig und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen auftreten. In solchen Fällen ist es unmöglich zu entscheiden, ob das Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs mit der Behinderung des Kindes bzw. Jugendlichen, der mangelnden Kompetenz der Eltern oder mit anderen sozialen oder biographischen Faktoren zu begründen ist.

- Seelische und geistige Behinderungen sind oftmals schwer zu unterscheiden

Erhebliche Schwierigkeiten können auch mit der Abgrenzung von seelischer und geistiger Behinderung verbunden sein. Insbesondere beim Personenkreis der intellektuell behinderten Kinder bzw. Jugendlichen mit Autismus ist eine Zuordnung im Einzelfall schwierig. Eine generelle Zuordnung autistischer Kinder und Jugendlicher zum Personenkreis der geistig behinderten Kinder wird denjenigen Kindern und Jugendlichen mit autistischen Syndromen nicht gerecht, die über eine normale Intelligenz oder über ausgeprägte Sonderbegabungen verfügen.

- Bei Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbehinderungen ist die Klärung des zuständigen Leistungssystems besonders schwierig

Nur selten betreffen (drohende) Behinderungen im Kindes- und Jugendalter lediglich einen Funktionsbereich. Zum Beispiel können körperliche oder geistige Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen zu schweren psychischen Fehlentwicklungen und damit zu einer Folgebehinderung in Form einer (drohenden) seelischen Behinderung führen. Bei Mehrfachbehinderungen bereitet die Feststellung des zuständigen Leistungsträgers besonders große Schwierigkeiten.

- Die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung in Tageseinrichtungen wird durch strukturelle Barrieren erschwert

Die gemeinsame Förderung behinderter und nicht behinderter Kinder in Tageseinrichtungen ist nicht nur ein gesellschaftspolitisches Ziel von zentraler Bedeutung, sondern auch ein gesetzlicher Auftrag. So hat der Gesetzgeber über den Grundsatz der uneingeschränkten Teilhabe (§ 4 Absatz 3, § 19 Absatz 3 SGB IX) hinaus in § 22a Absatz 4 SGB VIII einen integrativen Förderauftrag normiert, wonach Kinder mit und ohne Behinderung grundsätzlich in Gruppen gemeinsam gefördert werden sollen. Aufgrund der geteilten Verantwortung für körperlich/geistig und seelisch behinderte Kinder kann dieses Ziel nur durch eine enge Zusammenarbeit der Träger der Kinder- und Jugendhilfe und der Träger der Sozialhilfe erreicht werden. Je nach Art der Behinderung haben Kinder- und Jugendhilfe oder Sozialhilfe den behinderungsspezifischen Bedarf, der über den im Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe liegenden allgemeinen Förderbedarf hinausgeht, zu decken. Hier zeigen sich in der Praxis noch Umsetzungsdefizite.

3.2.2.2 Die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung

Die Bundesregierung hält es angesichts der beschriebenen Abgrenzungsprobleme für notwendig, Optionen für eine Neugestaltung der Verantwortungsbereiche von Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe zu entwickeln.

Die Rückführung der Hilfen für junge Menschen mit seelischer Behinderung in die Sozialhilfe als Konzeptansatz

Bereits in der Vergangenheit wurden infolge der Reibungsverluste an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe immer wieder Forderungen nach einer Neuordnung der Zuständigkeiten laut. Eine hierbei intendierte Konzeption, die zuletzt im Rahmen des Gesetzentwurfs des Bundesrates zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG, Bundesratsdrucksache 712/04) vertreten wurde, sieht die Rückführung der Hilfen für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte junge Menschen in die Sozialhilfe

vor. Damit würde die bis zur Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im Jahre 1990 geltende Rechtslage wiederhergestellt. Das Leistungssystem der Sozialhilfe wäre dann für alle behinderungsspezifischen Leistungen unabhängig vom Lebensalter des behinderten Menschen zuständig. Für alle erzieherischen Hilfen bliebe es bei der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Alleinzuständigkeit der Sozialhilfe für behinderte junge Menschen würde die entwicklungsbezogenen Bedürfnisse von behinderten Kindern und Jugendlichen in den Hintergrund rücken

Die Bundesregierung plädiert dafür, die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt den Überlegungen zu einer Neukonzeption der Zuständigkeitsordnung für die Förderung von jungen Menschen mit Behinderung voranzustellen. Eine Rückverlagerung der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung in die Sozialhilfe hätte den Nachteil, dass das Paradigma der Behinderung und nicht die spezifischen Bedarfslagen der Entwicklungsstufe „Kindheit und Jugend“ im Vordergrund stünden. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung wären (weiterhin) unterschiedlichen Leistungssystemen zugeordnet. Zwar entfielen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen seelischer und geistiger Behinderung. Es wäre jedoch mit erheblichen Streitigkeiten zu rechnen, die im Hinblick auf behinderte Kinder und Jugendliche zwischen einem erzieherischen und einem behinderungsspezifischen Bedarf zu differenzieren versuchen. Diese haben seinerzeit den Gesetzgeber zur Einführung von § 35a SGB VIII bewogen. Insbesondere infolge der Wechselwirkungen zwischen Behinderung und erzieherischem Bedarf würden mit dieser Option Abgrenzungsprobleme nicht gelöst. Darüber hinaus würde dieser Ansatz auch zu keiner Verbesserung im Bereich der integrativen Kindertagesbetreuung führen.

Die Verlagerung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit körperlicher und geistiger Behinderung in die Kinder- und Jugendhilfe als Lösungsoption

Der Handlungsauftrag des Leistungssystems „Kinder- und Jugendhilfe“ bezieht sich auf die Realisierung des allgemeinen Rechtes junger Menschen auf umfassende Förderung ihrer Entwicklung. Eine konsequente Umsetzung des Anliegens, die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ mit ihren spezifischen Bedarfslagen in den Vordergrund zu stellen, könnte demnach durch eine (altersdifferenzierte) Zusammenführung aller Kinder und Jugendlicher mit Behinderung in der Kinder- und Jugendhilfe herbeigeführt werden. Eine solche Zusammenführung wurde bereits von den Kommissionen für den 10. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 13/11368, S. 280) und den 11. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 14/8181, S. 229) gefordert. Die Kinder- und Jugendhilfe wäre dann für alle pädagogisch-therapeutischen Leistungen an junge Menschen unabhängig von der Ursache und Art der Behinderung

und der zu ihrer Bewältigung notwendigen Hilfen zuständig. Die Unterscheidung nach Behinderung und Erziehungsschwierigkeiten wäre für die Hilfestellung unerheblich. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung wären demselben Leistungssystem zugeordnet.

Die Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe kann nur dann eine Lösung sein, wenn die damit verbundenen Herausforderungen geschultert werden können

Die Bundesregierung weist ausdrücklich darauf hin, dass mit der Umsetzung dieses Ansatzes immense Herausforderungen, insbesondere für die Kommunen als örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe, verbunden wären. Die Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe könnte aus Sicht der Bundesregierung daher nur dann als Lösungsoption in Betracht kommen, wenn die damit verbundenen finanziellen, personellen und strukturellen Fragen gelöst werden können. Deshalb muss zunächst eingehend geprüft werden, welche finanziellen, personellen und strukturellen Verschiebungen mit der Realisierung dieses Ansatzes verbunden wären. In Abhängigkeit vom Ergebnis dieser Prüfung wären dann gegebenenfalls weitere Schritte zur Umsetzung zu prüfen und Konzepte zu entwickeln.

Großen Herausforderungen stehen erhebliche Synergien und fachliche Vorteile einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe gegenüber

Trotz dieser zweifelsohne großen und vielfältigen Herausforderungen hält es die Bundesregierung für notwendig, die Möglichkeit einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe intensiv zu prüfen. Denn den genannten Herausforderungen stehen nicht nur Synergien durch den Wegfall problematischer Schnittstellen, sondern insbesondere fachliche Vorteile gegenüber. Beispielsweise würde dadurch das seitens der Kommission geforderte „Behinderten-Mainstreaming“ im Rahmen jugendhilfepolitischen Planungen und Maßnahmen ebenso erleichtert wie die integrative Förderung behinderter Kinder in Tageseinrichtungen oder der Zugang von Eltern körperlich oder geistig behinderter Kinder zur Erziehungs- und Familienberatung.

3.2.3 Vom Nebeneinander zum Miteinander in der Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche mit Integrationsrisiken – Herausforderungen für ein ganzheitliches Hilfesystem

3.2.3.1 Die Komplexleistung „Frühförderung“ – Ganzheitliche Leistungserbringung in gemeinsamer Verantwortung von Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassen

Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt und geholfen werden. Denn gerade die früh-

kindlichen Entwicklungsphasen sind durch eine hohe Beeinflussbarkeit gekennzeichnet. Dabei können die Ursachen für eine Behinderung oder eine Entwicklungsauffälligkeit ganz unterschiedlich sein. Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder haben deshalb regelmäßig einen Bedarf an einem Ineinandergreifen von medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Hilfen, die auch das familiäre Umfeld gezielt einbeziehen.

Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Kindes und seiner Familie ist unabdingbar und muss mit einem ganzheitlichen Hilfeansatz einhergehen

Die Regelungen des SGB IX zur Früherkennung (Diagnostik) und Frühförderung tragen diesem Ziel Rechnung. Unter dem Begriff „Frühförderung“ werden auf interdisziplinärer Basis medizinische, pädagogisch-psychologische und soziale Maßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt zusammengefasst. Während für medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit (drohender) Behinderung die Krankenkassen zuständig sind, richtet sich die Zuständigkeit für nicht ärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach der Art der (drohenden) Behinderung und obliegt demnach entweder dem Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe oder dem Träger der Sozialhilfe; es sei denn, Landesrecht ordnet diese Leistungen unabhängig von der Behinderungsart nur einem der beiden Leistungsträger zu (vgl. § 10 Absatz 4 Satz 3 SGB VIII).

Die Komplexleistung ermöglicht eine ganzheitliche Hilfe für Kinder mit (drohender) Behinderung trotz geteilter Verantwortung

Bis zum Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 gab es keine gesetzliche Grundlage für eine interdisziplinäre Leistungserbringung aus einer Hand. Das hat sich mit dem SGB IX und der Frühförderungsverordnung aus dem Jahr 2003 geändert. Der Gesetzgeber hat durch diese Regelungen die Grundlage dafür geschaffen, dass Leistungen der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe und Leistungen der Krankenkassen als eine „Komplexleistung“ durch Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren erbracht werden können.

Trotz des hohen Bedarfs ist Frühförderung als Komplexleistung bundesweit relativ wenig verbreitet

Aus Sicht der Bundesregierung sind hierfür insbesondere folgende Gründe ausschlaggebend: Die Frühförderungsverordnung regelt die Leistungserbringung und -finanzierung nicht im Detail, sondern überlässt wesentliche Aspekte, insbesondere die Frage der Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern, der Regelung durch Landesrahmenempfehlungen. Voraussetzung dafür, dass die Frühförderung als Komplexleistung tatsächlich in Anspruch genommen werden kann, ist damit eine Einigung der beteiligten Leistungsträger und der Leistungserbringer auf Ebene des jeweiligen Bundeslandes bzw. auf regi-

onaler Ebene über die Entgelte für die Frühförderleistungen, die Aufteilung der Entgelte und die Anforderungen, die an Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren zu stellen sind.

Obwohl in den meisten Bundesländern inzwischen Landesrahmenempfehlungen abgeschlossen wurden, fehlt es vielfach noch an der Vereinbarung von konkreten Leistungsvereinbarungen vor Ort. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zwischen den Leistungsträgern besteht oft Uneinigkeit darüber, wer in welcher Höhe für welche Leistungsbestandteile der Frühförderung aufzukommen hat. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die Komplexleistung Frühförderung nach dem SGB IX und der Frühförderungsverordnung eine neue eigenständige Leistung ist, die sich nicht in der Addition bislang vorhandener Leistungspflichten der beteiligten Leistungsträger erschöpft. Sofern sich die Leistungsträger einigen können, wird seitens der Leistungserbringer immer wieder vorgetragen, dass die angebotenen Vergütungssätze zu niedrig seien und sie damit keine den Anforderungen gerecht werdende Frühförderleistung erbringen könnten. Darüber hinaus wird die Komplexleistung „Frühförderung“ nach wie vor in erheblichem Umfang durch anderweitige Mittel finanziert.

Die flächendeckende Etablierung der Frühförderung als Komplexleistung ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung

Die Bundesregierung beabsichtigt in einem klarstellenden gemeinsamen Rundschreiben der zuständigen Ressorts gegenüber den zuständigen Landesministerien und den Spitzenverbänden der beteiligten Leistungsträger, auf die bestehende Rechtslage hinzuweisen. Das Rundschreiben soll vorher mit den Spitzenverbänden der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe sowie der Krankenkassen abgestimmt werden. Die Spitzenverbände haben zugesagt, dieses Rundschreiben an ihre Mitglieder weiterzuleiten und um eine entsprechende Handhabung zu bitten.

3.2.3.2 Kooperation und Koordination in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – die Entwicklung multimodaler Versorgungsnetze

Der Bericht beschreibt die Probleme in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit/hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Die Kommission vermutet insbesondere bezüglich der Pharmakotherapie mit Stimulanzien eine zu leichtfertige Verordnung dieser Arzneimittel durch die Ärztinnen und Ärzte insbesondere außerhalb des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Bundesregierung und Krankenkassen fördern die Entwicklung eines multimodalen Versorgungssystems für junge Menschen mit ADHS

Die Versorgung der Betroffenen im Sinne eines in den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften fest-

gelegten multimodalen Therapiekonzeptes wird durch zahlreiche Maßnahmen der Selbstverwaltung und auch des Bundesgesundheitsministeriums gefördert. Dies erfordert u. a. ein flexibles und zielgruppengerechtes Informationssystem, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt werden wird. Dieses Informationssystem soll sich streng an empirischer Evidenz orientieren und nicht nur die Fachkreise, sondern insbesondere auch – unter Nutzung kommunikationswissenschaftlicher Expertise – die breite Öffentlichkeit erreichen.

Der Aufbau eines „Zentralen ADHS-Netzes“, das vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde, hatte positive Auswirkungen auf die Entwicklung regionaler, alle relevanten Akteure einbindender Versorgungsnetze.

Mit den bereits erfolgten Gesundheitsreformgesetzen wurden wirksame Instrumente zur Kooperation und Koordination in der Behandlung von Menschen mit ADHS eingeführt

Die vergangenen Gesundheitsreformgesetze stärken mit neuen Vergütungs- und Vertragsinstrumenten Kooperation und Koordination in der Behandlung von Menschen mit ADHS. Diese neuen Möglichkeiten werden auch bereits in verschiedenen Regionen genutzt (z. B. über Verträge zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V oder zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V).

Insbesondere der im vergangenen Jahr vorgestellte Mustervertrag nach § 73c SGB V, der in der „Vertragswerkstatt“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt wurde, zeigt, dass die Selbstverwaltungspartner die Notwendigkeit einer leitliniengerechten Qualifizierung der Versorgung erkannt haben und in die richtige Richtung gehen. Wenn seitens der Leistungserbringer und der Krankenkassen zukünftig die von der Bundesregierung geschaffenen Instrumente vermehrt genutzt werden, können die vielerorts noch bestehenden Lücken bei der Umsetzung einer multimodalen vernetzten Behandlung der Jugendlichen mit ADHS, die insbesondere auch nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Eltern- und Lehrerberatung oder Verhaltenstherapie des ADHS-kranken Kindes umfasst, weitgehend geschlossen werden. Auf Basis des Mustervertrages der KBV haben die Betriebskrankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg zum 1. April 2009 einen ersten Vertrag zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS geschlossen.

3.2.4. Von der Ausgrenzung zur Integration – Herausforderungen für die Förderung von jungen Menschen mit Lernstörungen

Aus Sicht der Bundesregierung sollte das Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Schule als weitere Schnittstelle im Rahmen einer Überprüfung der für die Förderung junger Menschen mit Behinderung verantwortlichen Leistungssysteme besondere Aufmerksamkeit erfahren. Die Bundesregierung hält eine Betrachtung dieser Schnittstelle deswegen für notwendig, weil sie einen Zu-

sammenhang zwischen dem seitens der Kommission festgestellten Anstieg gesundheitlicher Belastungen von Kindern und Jugendlichen im Schulalter und den gestiegenen Ausgaben der Kommunen für Leistungen im Bereich der Hochbegabung oder vor allem der so genannten Teilleistungsstörungen sieht. Hierzu zählen insbesondere Entwicklungsstörungen bei schulischen Fertigkeiten wie die Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie) und die Rechenstörung (Dyskalkulie).

Schulische Probleme gehen häufig mit der Ausgrenzung der davon betroffenen Kinder und Jugendlichen einher

Lernstörungen an sich stellen keine (seelische) Behinderung dar, die eine Leistungsverpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe auslöst. Bei der Kompensation spezifischer Lernschwierigkeiten nehmen die Schulen eine Schlüsselrolle ein. In den einzelnen Landesgesetzen bzw. Empfehlungen finden sich dazu landesspezifisch unterschiedliche Regelungen und Verpflichtungen.

Aus einer Lernstörung kann jedoch eine seelische Störung resultieren, die wiederum zu einer Teilhabebeeinträchtigung führen kann, wenn die notwendigen Fördermaßnahmen nicht oder zu spät erfolgen. Erst dann liegt eine (drohende) seelische Behinderung vor, die die gegenüber der Schule nachrangige Leistungsverpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe auslöst.

Die steigende Zahl der infolge von Lernproblemen seelisch beeinträchtigten jungen Menschen unterstreicht die Bedeutung eines ausreichenden Förderangebotes in der Schule, um einer Ausgrenzung der betroffenen Kinder und Jugendlichen entgegenzuwirken.

Ausgrenzung vermeiden und durch verbesserte individuelle Förderung die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen sichern

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Bundesregierung wichtig, individuelle Fördermaßnahmen zur Kompensation von Lernstörungen zu verbessern. Die Kom-

mission bezeichnet unter Bezugnahme auf die föderale Struktur Deutschlands eine systematischere Berücksichtigung des Förderpotentials der Schule als Desiderat ihres Berichts.

4. Schlussbemerkungen

Der 13. Kinder- und Jugendbericht weist wiederholt darauf hin, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Im Anschluss an die Ottawa-Charta und den Befähigungsansatz plädiert er für ein Verständnis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, die auf „eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. den gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen“ zielen.

Zu Recht betont der Kinder- und Jugendbericht daher, dass dafür die bisher weitgehend auf den Erwerb von sozialem Lernen, auf die Vermittlung von kulturellen und personalen Kompetenzen sowie auf die Befähigung zu praktischem Handeln ausgerichtete pädagogische außerschulische Praxis in einem ganzheitlichen Sinne weiterzuentwickeln ist: Stärker als bisher müssen Körper bzw. Leiblichkeit sowie Gesundheit und Wohlbefinden Inhalte fachlicher Praxis der Kinder- und Jugendhilfe werden. Denn die Befähigung zur selbstverantwortlichen Lebensführung lässt sich nur angemessen denken, wenn dabei Gesundheit und Wohlbefinden und damit auch die Achtsamkeit gegenüber dem Körper, dem eigenen wie dem der anderen, einbezogen sind.

Insofern stellt der 13. Kinder- und Jugendbericht auch eine Erweiterung des 12. Kinder- und Jugendberichts dar. Während dort Bildung – im durchaus sonst auch üblichen Sinne – weitgehend losgelöst von Körpererfahrung und Leiblichkeit, von Wohlbefinden und Gesundheit diskutiert wurde, betont der 13. Kinder- und Jugendbericht, dass der eigene (gesunde) Körper nicht nur eine Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse darstellt, sondern dass der eigene Körper selbst ein Medium für Bildungsprozesse darstellt.

**Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen
der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland
– 13. Kinder- und Jugendbericht –**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Mitglieder der Sachverständigenkommission	28
Mitglieder der Arbeitsgruppe am Deutschen Jugendinstitut	28
Vorwort	29
Zusammenfassung	33
Teil A Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Auf- wachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts	43
1 Einleitung	43
2 Aufwachsen in der Spätmoderne	44
2.1 Kindheit und Jugend in der globalisierten Gesellschaft	44
2.2 Entwicklungsressourcen und Verteilungsgerechtigkeit	45
3 Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte	50
3.1 Begriffsklärungen	50
3.1.1 Gesundheitsbezogene Prävention	50
3.1.2 Gesundheitsförderung	53
3.2 Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte	54
3.2.1 Die Zielperspektive der WHO: Die Ottawa-Charta	54
3.2.2 Von der Pathogenese zur Salutogenese	56
3.2.2.1 Die salutogenetische Perspektive	56
3.2.2.2 Der Körper als soziale Wirklichkeit	60
3.2.2.3 Gesundheitskapitalien	62
3.2.2.4 Risiko- und Schutzfaktoren	63
3.2.2.5 Resilienz	68
3.2.2.6 Zur Wirkung des Kohärenzgefühls auf Gesundheit	69
3.2.2.7 Integration von Pathogenese und Salutogenese	69
3.2.3 Empowerment: Eine Förderperspektive	70
3.2.4 Partizipation	72
3.2.5 Verwirklichungschancen	73
3.2.6 Synopse: Befähigung und Befähigungsgerechtigkeit	73
3.2.7 Ein notwendiger Exkurs: Inklusionsperspektive für Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen	74

	Seite
Teil B Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland . . .	77
4 Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen	77
4.1 Gesundheit und Krankheit unter sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen	78
4.2 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen	79
5 Kinder unter drei Jahren	82
5.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bindung und Autonomie	82
5.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung	84
5.2.1 Das ungeborene Leben: Gesundheit beginnt schon vor der Geburt	84
5.2.2 Säuglingssterblichkeit und Unfälle	85
5.2.3 Stillverhalten und Ernährung bei Säuglingen und Kleinkindern . . .	85
5.2.4 Impfungen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung	86
5.2.5 Einschätzung von Gesundheit und Auftreten von Krankheiten	87
5.2.6 Regulationsstörungen	88
5.2.7 Psychische Gesundheit	88
5.2.8 Kindeswohlgefährdung	89
5.3 Zusammenfassung	90
5.4 Fazit	91
6 Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren	91
6.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bewegen, Sprechen, Achtsamkeit	91
6.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung	94
6.2.1 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten	95
6.2.1.1 Bewegung und Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung . .	95
6.2.1.2 Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und Sprachkompetenz . . .	96
6.2.1.3 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten	97
6.2.2 Ernährung und Essverhalten	98
6.2.3 Somatische Gesundheit und ärztliche Versorgung	98
6.2.4 Umweltbelastungen	99
6.3 Zusammenfassung	99
6.4 Fazit	100

	Seite
7 Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren	100
7.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich bewähren, Beziehungen eingehen, sich die Welt aneignen	100
7.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung	103
7.2.1 Kinder mit speziellen Versorgungsbedarfen	103
7.2.2 Chronisch-somatische Erkrankungen	105
7.2.3 Mädchen und Jungen mit Behinderungen	105
7.2.4 Auswirkungen von besonderen Versorgungsbedarfen, chronisch- somatischen Erkrankungen und Behinderungen auf den sozialen Nahraum	107
7.2.5 Stresserleben und Lebensqualität	108
7.2.6 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten	110
7.2.7 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	112
7.2.8 Angststörungen	114
7.2.9 Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	114
7.2.10 Körperlich-sportliche Aktivität	115
7.3 Zusammenfassung	116
7.4 Fazit	116
8 Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren	116
8.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: den Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden	116
8.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung	119
8.2.1 Sexualität und Schwangerschaften Minderjähriger	119
8.2.2 Medienkonsum	121
8.2.3 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum	122
8.2.3.1 Tabakkonsum	122
8.2.3.2 Alkoholkonsum	125
8.2.3.3 Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln	127
8.2.4 Gewalterfahrungen und Delinquenz	129
8.2.4.1 Körperliche Gewalt und Delinquenz	129
8.2.4.2 Sexuelle Gewalt	130
8.2.5 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten	131
8.2.6 Essstörungen	133
8.2.7 Übergewicht und Adipositas	134
8.2.8 Depressive Erkrankungen	136
8.2.9 Selbstverletzendes Verhalten	137
8.2.10 Suizidalität	137

	Seite
8.3 Zusammenfassung	138
8.4 Fazit	139
9 Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren ...	139
9.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen	139
9.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung	142
9.2.1 Psychische Gesundheit	142
9.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen	143
9.2.2.1 Missbrauch und Abhängigkeit von Nikotin, Alkohol und Medikamenten	143
9.2.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln	144
9.2.2.3 Nichtstoffgebundene Süchte	145
9.2.3 HIV/AIDS	146
9.2.4 Gesundheitsrelevante Aspekte am Ausbildungs- und Arbeitsplatz	148
9.2.5 Gesundheitsrelevante Aspekte von Arbeitslosigkeit	150
9.3 Zusammenfassung	152
9.4 Fazit	153
9.5 Zwischenbilanz: Kindheit und Jugendalter als gesundheits- politische Herausforderung	153
Teil C Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/ Rehabilitation: eine erste Annäherung	155
10 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem	155
11 Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe	155
11.1 Kurzer Überblick über die wesentlichen Strukturen	155
11.2 Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zur Gesundheits- förderung – der gesetzliche Rahmen	158
12 Das Gesundheitssystem	160
12.1 Strukturen und Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche ..	161
12.1.1 Ambulante kinder- und jugendmedizinische und -psychiatrische Versorgung	162
12.1.2 Stationäre kinder- und jugendmedizinische/-psychiatrische Versorgung	166
12.1.3 Besondere Probleme in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche	169

	Seite
12.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	170
12.3 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem	172
13 Eingliederungshilfe und Rehabilitation	173
13.1 Konzepte der Behindertenhilfe und inklusive Angebote	174
13.2 Funktionsfähigkeit, Teilhabe und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen	174
13.3 Leistungskanon der Rehabilitation	176
13.4 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle Kinder- und Jugend- hilfe und Eingliederungshilfe und Rehabilitation	180
14 Suchtkrankenhilfe als ein Praxisfeld zwischen den Systemen	180
Teil D Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheits- bezogenen Prävention	183
15 Zum Stand der Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe	183
16 Frühe Kindheit, Vorschul-, Kindergarten- und Grundschulalter . . .	183
16.1 Familien- und Elternbildung	183
<i>Schwangerschaft und die ersten drei Jahre</i>	<i>187</i>
16.2 Kindertagesbetreuung	192
16.2.1 Inanspruchnahme von Betreuung, Bildung und Erziehung in Tageseinrichtungen für Kinder	193
16.2.1.1 Ausbildungssituation der Tagespflegepersonen, Erzieherinnen und Erzieher sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger	193
16.2.1.2 Die pädagogische Qualität von Betreuungsangeboten	194
16.2.2 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in Krippe, Kindergarten, Hort und Tagespflege	195
16.2.2.1 Konzeptionelle Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Bildungsplänen	195
16.2.2.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kindertagesbetreuung	196
16.3 Schnittstellen	200
16.3.1 Ganztagesbetreuung im Grundschulbereich	200
16.3.2 Gesundheitssystem	201
16.3.2.1 Krankenkasse und Kindergarten	201

	Seite
16.3.2.2 Kooperation zwischen dem öffentliche Gesundheitsdienst, Ärzten/ Zahnärzten und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung	201
<i>Mehrgenerationenhaus (MGH)</i>	202
<i>Familienzentren</i>	203
16.3.3 Frühförderung: Aufgaben, rechtliche Verankerung und Formen . .	204
17 Jugendalter	207
17.1 Jugendarbeit	207
17.1.1 Verbandliche Jugendarbeit	207
17.1.2 Sportjugend	209
Gesundheitsbezogene Schwerpunkterweiterung des organisierten Sports	210
Gesundheitsbezogene Leistungen der Jugendarbeit im Sport	212
17.1.3 Offene und mobile Jugendarbeit	213
17.1.4 Geschlechtsspezifische Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit	214
17.2 Hilfen zur Erziehung	215
17.2.1 Gesetzliche Grundlagen	215
17.2.2 Entwicklung von Mitteln, Plätzen, Personal und Inanspruch- nahme	216
17.2.3 Gesundheitssituation der Nutzer und Nutzerinnen	217
17.2.4 Gesundheitsförderung und Prävention in den Hilfen zur Erziehung	218
17.2.4.1 Begrifflichkeiten	218
17.2.4.2 Sozialraumbezogene ambulante Hilfen	219
17.2.4.3 Erziehungs- und Familienberatung	219
17.2.4.4 Teilstationäre und stationäre Hilfen in Einrichtungen	221
17.3 Jugendschutz	223
17.4 Prävention von Delinquenz, Kriminalität und Gewalt	225
17.4.1 Unspezifische Strategien mit gewaltpräventivem Anteil	226
17.4.2 Strategien der Jugendhilfe für Zielgruppen mit unmittelbarem Gewaltbezug	226
17.4.3 Mit gewalttätigem Verhalten auffällig gewordene Jugendliche . . .	227
17.4.4 Strategien des Opferschutzes	227
17.4.5 Gewaltprävention durch Information, Qualifikation, Beratung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Koordination und Forschung	228
17.5 Schnittstellen	228
17.5.1 Gesundheitsbezogene Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Schule	228
17.5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	230
17.5.3 § 35a SGB VIII und Behindertenhilfe	232

	Seite
18 Junge Erwachsene	234
18.1 Jugendberufshilfe	234
18.2 Junge Erwachsene mit Behinderungen	234
19 Altersübergreifende Herausforderungen	235
19.1 Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern	235
<i>Kinder psychisch kranker Eltern</i>	236
<i>Kinder suchtkranker Eltern</i>	237
<i>Kinder chronisch körperlich kranker und behinderter Eltern</i>	237
19.2 Traumatisierte Kinder und Jugendliche	238
20 Eine Zwischenbilanz	240
20.1 Vielfältige Projektpraxis	240
20.2 Konzeptionelle Unschärfen	241
20.3 Formen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe	241
20.3.1 Information und Aufklärung	242
20.3.2 Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen	242
20.3.3 Gesundheitsbezogene Prävention	243
20.3.4 Eingebettete Gesundheitsförderung	243
20.4 Implizite Gesundheitsförderung	244
20.5 Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung	245
20.6 Qualitätsüberprüfung	246
Teil E Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung	247
21 Perspektiven auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe	247
21.1 Der Berichtsauftrag	247
21.2 Gesundheitliche Herausforderungen und institutionelle Angebote im Kontext des aktivierenden Sozialstaates	247
21.3 Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe: Möglichkeiten und Grenzen	249
22 Zwölf Leitlinien	250

	Seite
23 Empfehlungen	251
23.1 Kinder- und Jugendhilfe	251
23.1.1 Gesundheitsförderung als fachlicher Standard	251
23.1.2 Förderung eines achtsamen Körperbezugs	251
23.1.3 Förderung eines kommunikativen Weltbezugs	252
23.1.4 Förderung eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst	252
23.1.5 Stärkere Berücksichtigung unterschiedlicher Entwicklungspfade und Ressourcen	252
23.1.5.1 Aufwachsen in Armutslagen	253
23.1.5.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	253
23.1.5.3 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen	253
23.1.5.4 Kinder von psychisch, sucht- und chronisch erkrankten Eltern oder von Eltern mit Behinderungen sowie Heranwachsende mit behinderten Geschwistern	254
23.1.6 Kindheit bis 12 Jahren: Erziehungspartnerschaften, frühe Förderung und Herausforderungen der Gesundheitsförderung mit dem Schuleintritt	254
23.1.7 Jugendalter: Unterstützung bei der Entwicklung von Lebens- kohärenz und Selbstwirksamkeit	256
23.1.8 Junge Erwachsene: Übergänge unterstützen	257
23.1.9 Fort-, Aus- und Weiterqualifizierung der Fachkräfte	257
23.1.10 Gesundheitsfördernde institutionelle Kulturen in den Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe	257
23.1.11 Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung und die Entwicklung von Standards und Leitlinien	257
23.1.12 Forschungsbedarfe und Evaluation	258
23.2 Arbeitsfeldübergreifende Herausforderungen	258
23.2.1 Strategien kommunaler Inklusion	258
23.2.2 Strategien kommunaler Armutsbekämpfung	259
23.2.3 Gesundheitsberichterstattung/Monitoring	259
23.2.4 Netzwerkbildung	259
23.3 Herausforderungen an die Politik auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene	260
23.3.1 Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel	260
23.3.2 Erhalt eines universellen Zugangs zum Gesundheitssystem und gesunder Lebensbedingungen für alle Eltern und Kinder	260
23.3.3 Verbesserung von Voraussetzungen für Netzwerkbildung und von deren Absicherung	260
23.3.4 Gesetzesfolgenabschätzung und Prüfaufträge	260
23.3.5 Verbesserung der Voraussetzungen für die Kooperation von Schule, Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Ganztagsangebote und der Schulsozialarbeit	261

	Seite
23.3.6 Förderung eines achtsamen Körperbezugs als Bildungsziel	261
23.3.7 Sicherstellung der strukturellen Arbeitsbedingungen für gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe	261
23.4 Gesundheitsziele und überprüfbare Fortschritte	261
24 Literaturverzeichnis	263
Anhang	299
25 Liste der Expertisen	299
26 Fachgespräche und Hearings	300
27 Abkürzungsverzeichnis	301
28 Tabellenverzeichnis	306
29 Abbildungsverzeichnis	309
30 Verzeichnis der Exkurse	310
31 Tabellen zu den Bildungsplänen der Bundesländer	311

Mitglieder der Sachverständigenkommission

Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender): Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Wolfram Hartmann: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin; Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Prof. Dr. Holger Hassel: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, ab 1. März 2009 Professor für Gesundheitspädagogik und Gesundheitspsychologie an der Fakultät für Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt: Professor für Sozialpädagogik / Sozialarbeit an der Universität Trier

Dr. Hermann Mayer: Chefarzt Klinik Hochried – Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien, Murnau am Staffelsee.

Dr. Heidemarie Rose: Leiterin der Obersten Landesjugendbehörde und der Abteilung Junge Menschen und Familie, Bremen; stellvertretende Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)

Prof. Dr. Elisabeth Wacker: Professorin für Rehabilitationssoziologie an der Universität Dortmund

PD Dr. Ute Ziegenhain: Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie am Universitätsklinikum Ulm

Kooptiertes Mitglied

Dr. Christian Lüders: Leiter der Abteilung Jugend und Jugendhilfe am Deutschen Jugendinstitut/München

Mitglieder der Arbeitsgruppe am Deutschen Jugendinstitut

Dr. Hanna Permien

Gisela Dittrich M.A.

Dr. Tina Gadow

Angela Keller MPH (bis 1. Dezember 2008)

Dipl.-Soz. Wiss. Sonja Peyk (ab 1. Oktober 2008)

Dr. Ekkehard Sander

Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung)

Vorwort

Die Sorge um die gesundheitliche Verfassung unserer Kinder und Jugendlichen ist in den letzten Jahren immer mehr zu einem öffentlichen Thema geworden. Wissenschaftliche Studien, wie z. B. der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes (RKI), trugen dazu ebenso bei wie nationale und internationale Berichte zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wie z. B. die 2007 und 2008 vorgelegten UNICEF-Berichte zur Lage der Kinder in Deutschland. Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielten schließlich einige dramatische Fälle von Kindesvernachlässigung, zum Teil mit Todesfolgen, die durch die große Resonanz in den Medien auch politisches Handeln herausforderten. So wurden in kurzer Zeit die Verbesserung des Kinderschutzes, die Weiterentwicklung früher Förderung in der Familie und die Förderung der Kindergesundheit zu wichtigen Themen im politischen Diskurs, zum Gegenstand von Beschlüssen bis hin zum Bundeskabinett und zu Obliegenheiten für die Gesetzgebung. In diesen Kontext gehört auch der 13. Kinder- und Jugendbericht.

Nach 15 Monaten intensiver Arbeit legt die Sachverständigenkommission zur Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung hiermit ihr Arbeitsergebnis vor.

Am 24. September 2007 übernahm sie den Auftrag der Bundesregierung, gemäß § 84 SGB VIII einen Bericht mit dem Thema „gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ zu erstellen. In den beiden genannten Feldern sollte der Bericht also eine Bestandaufnahme der Leistungen und Bestrebungen der Kinder- und Jugendhilfe vornehmen und entsprechende Vorschläge für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe formulieren.

Zum ersten Mal wurden damit die Themen Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention zum Gegenstand eines Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung gemacht. Begründet wurde der Auftrag wie folgt: „Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen verbessern. Dazu gehört auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Hierfür zu sorgen, stehen in der Bundesrepublik unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung hat jedoch nicht selten Versorgungseinbrüche an den Übergängen von einem System zum anderen zur Folge. Eine möglichst optimale Gestaltung dieser Übergänge ist daher ein wichtiges Ziel.“ In den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wurde damit einerseits das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen; zugleich wurde auf der anderen Seite auf eine wesentliche Voraussetzung dafür, nämlich das Zusammenspiel bzw. das in Teilen nur unzureichende Zusammenspiel der beteiligten gesellschaftlichen Teilsysteme, verwiesen. In den Blick genommen werden sollten also die jeweiligen Systeme, ihre Möglichkeiten und Grenzen,

die Brüche zwischen den Systemen, Chancen der Kooperation und Vernetzung und wie „eine möglichst optimale Gestaltung“ der Übergänge ermöglicht werden kann.

Schließlich enthielt der Berichtsauftrag noch ein weiteres Thema, das anders als in den bisherigen Kinder- und Jugendberichten mit großer Aufmerksamkeit bedacht wurde. Der 13. Kinder- und Jugendbericht wollte ausdrücklich auch die Heranwachsenden mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche in seine Berichterstattung einbeziehen.

Dieses Ziel hat die Sachverständigenkommission im Anschluss an die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, aber auch im Sinn des SGB IX über eine konsequent inklusive Perspektive zu bewältigen versucht.

Diese Fokussierung wurde auftragsgemäß auf eine Weise angegangen, die das System der Behindertenhilfe und die Kooperation mit ihr berücksichtigte. Damit galt es drei sehr unterschiedliche Hilfe- und Fördersysteme im Blick zu haben: das System der Kinder- und Jugendhilfe, das der Gesundheitsversorgung und das der Behindertenhilfe. Jedes der drei Systeme folgt eigenen Regeln, die wenig aufeinander abgestimmt sind, unterliegt unterschiedlichen gesetzlich definierten institutionellen Strukturen und wird – nicht zuletzt – abhängig von unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern finanziert. Und jedes dieser Systeme hat eigene Denkstile und Sprachcodes entwickelt.

Im Rahmen einer Berichterstattung können Reibungsverluste an Schnittstellen und Übergängen zwischen den Systemen nicht minimiert, aber thematisiert werden. Diesen Weg wählte die Kommission ebenso, wie sie versuchte, Perspektiven für verbesserte Kooperationsformen zu eröffnen, die dem Ziel einer verbesserten Förderstruktur im gesundheitlichen Aufwachsen aller Kinder und Jugendlichen dienen.

Ein wichtiger Ausgangspunkt für die Arbeit der Sachverständigenkommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht war es insbesondere an den Schnittstellen und Übergängen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem und dem System der Behindertenhilfe die jeweiligen Strukturen und Voraussetzungen der beteiligten Systeme bzw. die vorhandenen Kooperationsstrukturen in den Blick zu nehmen. Darüber hinaus war das in den Praxisfeldern jeweils verfügbare *Kooperationswissen* wichtiger Ausgangspunkt. Die Berichtskommission, die aus Fachleuten zusammengesetzt war, die die drei Leistungsbereiche bestens kennen, kam sehr schnell zu dem Ergebnis, dass innerhalb der einzelnen Systeme das Wissen über die beiden anderen „Mitspieler“ sehr begrenzt ist.

Diese Einsicht hatte für die Architektur des Berichtes Konsequenzen. Ausgehend davon, dass die drei Systeme sich in der Praxis überwiegend relativ fremd gegenüberstehen, war es ein Ziel sie – wie Fremde, die sich begegnen – einander bekannt zu machen. Das konnte nicht in allen Details erfolgen, sondern nur so, dass die Basis für ein besseres Kooperationswissen gelegt wurde.

Dem gesetzlichen Auftrag folgend stehen in diesem Bericht die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Schnittstellen im Mittelpunkt der Darstellung. Die gegebenen Rahmenbedingungen des Berichtes, wozu u. a. auch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland gehört, brachten es allerdings mit sich, dass aus der Sicht der Sachverständigenkommission einer gerade im Kindes- und Jugendalter unter der Perspektive von Gesundheit und Wohlbefinden zentralen Institution, der Schule, zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet werden konnte. So geht der Bericht zwar an den Schnittstellen zur Kinder- und Jugendhilfe immer wieder auf den Lern- und Bildungsort Schule und ihre zugleich gesundheitsförderlichen Möglichkeiten wie auch nicht selten erhebliche gesundheitliche Belastungen verursachenden Bedingungen ein; es bleibt jedoch ein Desiderat dieses Berichtes, die Schule zukünftig bei Ansätzen zur Verbesserung der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter systematischer zu berücksichtigen.

Da der Kinder- und Jugendbericht in erster Linie an das System der Kinder- und Jugendhilfe adressiert ist, galt es diesen Anspruch auch praktisch umzusetzen. Deshalb unternimmt dieser Bericht in einem kürzeren Kapitel C im Sinne eines ersten Schrittes den Versuch, wenigstens die wichtigsten Informationen zu den jeweiligen Teilsystemen zusammenzufassend darzustellen.

In einem zweiten Schritt ging die Sachverständigenkommission davon aus, dass Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe dann eine Chance haben, Synergieeffekte zu entwickeln und Übergänge zu verbessern, wenn sie füreinander anschlussfähige Konzepte nutzen können. Der Sachverständigenkommission schienen dafür vor allem jene Konzepte geeignet, in deren Mittelpunkt die Stärkung von Ressourcen Heranwachsender steht, die Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsene sowohl in der Auseinandersetzung mit den Risiken und Belastungen in ihrer jeweiligen Lebenswelt als auch für die produktive Gestaltung ihrer eigenen Lebensprojekte benötigen. Sowohl aus den Gesundheitswissenschaften als auch aus den sozialwissenschaftlichen Grundlagen sozialer und rehabilitativer Arbeit werden dementsprechend im Kapitel A Theoriebausteine vorgestellt, die zu einer begehbaren Brücke verknüpft werden können. Aus den Gesundheitswissenschaften stammen die Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl Zugänge zur Risikobearbeitung als auch zur Förderung von Entwicklungsressourcen ermöglichen sollen, sowie die unterschiedlichen und sich ergänzenden Perspektiven von Pathogenese und Salutogenese. Vonseiten der Sozialwissenschaften wurde auf die Diskussion um Empowerment und die Befähigungs- bzw. Capability-Konzepte zurückgegriffen, die ebenfalls auf die Ressourcenstärkung ausgerichtet sind und die nach den Bedingungen der Möglichkeit fragen, die Befähigung von Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu stärken.

In der Brückenbildung auf der Grundlage gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Konzeptbausteine hat dieser Bericht auch eine gemeinsame Sprache mit der Behinder-

tenhilfe genutzt. Kompetenzorientierung, Befähigung Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sind inklusive Konzepte für alle Heranwachsenden, die Jungen und Mädchen mit Behinderungen konsequent einbeziehen.

Als zentrale Grundorientierung für die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bezieht sich der vorliegende Bericht auf die salutogenetische Perspektive. Diese fragt im Unterschied zu Theorien der Krankheitsentstehung (Pathogenese) danach, wie es Menschen gelingt, gesund zu leben. Sie bietet eine Reihe von empirisch begründeten Ansatzpunkten, gelingendes alltägliches Umgehen mit Anforderungen und auch Belastungen zu fördern. Dies ist das Anliegen jeder Gesundheitsförderung. Danach soll sich Gesundheitsförderung auf Gesundheit statt auf Krankheit konzentrieren und positive Zustände fördern, statt negative zu vermeiden. Insofern steht diese Perspektive nicht im Widerspruch zu empirisch abgesichertem Wissen über die Entstehung von Krankheiten oder über Risikokonstellationen, die häufig die Bewältigungskompetenzen von Menschen überfordern. Die Frage danach, welche Konsequenzen aus dem Wissen über die Entstehung von Störungen und Krankheiten in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu ziehen sind, stellt sich vor einer salutogenetischen Perspektive als Ansatzpunkt für eine gesundheitsbezogene Prävention, die letztlich auch auf die Stärkung von Ressourcen zielt, die für eine Bewältigung von Risikobedingungen erforderlich sind.

Damit ist allerdings der Handlungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe im Feld der Gesundheitsförderung noch nicht ausreichend spezifiziert. Dazu ist es erforderlich, die disziplinäre und professionelle Eigenständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe als ein im Wesentlichen pädagogisch geprägtes Praxisfeld zu erkennen. Sie sieht Heranwachsenden als Akteure, die ihre eigenen Vorstellungen von sich und ihren Lebensperspektiven haben und die in spezifischen Lebenswelten verortet sind. Diese ernst zu nehmen und die Möglichkeit zu eröffnen, sie einbringen bzw. die eigenen Lebensbedingungen entsprechend mitgestalten zu können, gerade auch in Fragen des eigenen Körpers und der eigenen Gesundheit, sind wichtige Voraussetzungen für gelingende Prozesse der Gesundheitsförderung. Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung besteht also in der besonderen *pädagogischen* Unterstützung von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung aufseiten ihrer Adressatinnen und Adressaten. Hierin ist ihre besondere Stärke zu sehen, zugleich stellt sie aber auch eine Begrenzung dar.

Diese konzeptionellen Überlegungen wurden von Beginn der Kommissionsarbeit an mit Fragen der Gerechtigkeit angesichts zunehmender sozialer Ungleichheit verknüpft. Die Sachverständigenkommission rückt deshalb immer wieder die gesundheitlichen Herausforderungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Armuts- und sozial benachteiligten Lebens- und Problemlagen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Als

normativer Bezugspunkt fungiert dabei – im Anschluss an die gerade erwähnte Theorieperspektive – das Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit.

Diese skizzierten Überlegungen, die in diesem Bericht ausführlich dargestellt und begründet werden, haben Konsequenzen für die Architektur des Berichtes. In seinem Aufbau orientiert er sich an dem folgenden roten Faden:

- Teil A zeigt einerseits die Herausforderungen auf, die für Kinder und Jugendliche in der Spätmoderne entstehen und fragt nach den gesundheitsrelevanten Folgen dieser gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die für eine positive Lebensentwicklung erforderlichen Ressourcen werden thematisiert und die Frage nach der Chancengleichheit im Zugang zu diesen Ressourcen gestellt. Weiterhin werden die Grundkonzepte für die gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt, die von einer salutogenetischen Perspektiven ausgehen, die in weiteren Schritten mit Überlegungen zu Verwirklichungschancen und dem Konstrukt der Befähigungsgerechtigkeit verknüpft werden.
- Teil B gibt auf der Basis der verfügbaren Studien einen Überblick über die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Leitend bei der Darstellung war dabei der Blickwinkel der Kinder- und Jugendhilfe. Dieser ist einerseits durch eine Lebensverlaufsperspektive bestimmt, die von der frühen Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter fünf charakteristischen Altersabschnitten folgt. Die von der Sachverständigenkommission für jede dieser Altersstufen definierten gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen wurden um Erkenntnisse zu Gesundheit, Krankheiten und Behinderungen angereichert, die als besonders gesundheitsrelevant eingeschätzt werden und die aus der Sicht der Sachverständigenkommission absehbare Herausforderungen für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe darstellen. Intendiert war also weniger ein grundlegender Report zur gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland, sondern die Beschreibung einer Hintergrundfolie für die Fachdiskussion in der Kinder- und Jugendhilfe, die ihre Arbeit bereichern wird.
- Teil C bringt basale Informationen über die Struktur und das Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe und beleuchtet speziell die Schnittstellen zum Gesundheitssystem und zum System der Behindertenhilfe und Rehabilitation. Mit diesem Teil wird Basis für das erforderliche Kooperationswissen gelegt.
- Teil D orientiert sich auch an einer Lebensverlaufsperspektive und gibt einen differenzierten Überblick über die vorhandenen Angebote und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention. Der Versuch einer Zwischenbilanz rundet dieses Kapitel ab.
- Im Schlussteil E wird in Form von Empfehlungen und Forderungen dargestellt, was in der Fachpraxis der

Kinder- und Jugendhilfe, in der Entwicklung neuer struktureller Arrangements im Kooperationsfeld von Kinder- und Jugendhilfe mit den anderen Partnern und auf der politischen Gestaltungsebene getan werden sollte, um die Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention von Heranwachsenden zu optimieren.

Der vorliegende Bericht musste im Vergleich zu den letzten Kinder- und Jugendberichten der Bundesregierung in ungewöhnlicher kurzer Zeit erstellt werden. Zugleich war das Thema breit angelegt; und über die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung lagen kaum empirische Daten vor, sodass viele weitere Recherchen erforderlich waren. Die geforderte Erweiterung des Blicks auf die Situation behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener stellte eine weitere nicht zu vernachlässigende Herausforderung für die Sachverständigenkommission dar.

Bewältigt werden konnten die Herausforderungen, weil die Arbeit der Kommission in den 12 jeweils zweitägigen Sitzungen von einem kooperativen Klima geprägt war. Wenn man bedenkt, welch unterschiedliche fachliche Voraussetzungen die Kommissionsmitglieder mitbrachten, war die gute Arbeitsatmosphäre keinesfalls selbstverständlich. Die eigenständigen fachlichen Perspektiven aus der Sozialpädagogik/Sozialarbeit, der Medizin, der Soziologie, der Psychologie und der Public Health-Forschung wurden respektiert und konnten in den Bericht integriert werden. Auch die aus der praktischen Erfahrung und aus fachwissenschaftlichen Diskursen kommenden Beiträge konnten mit wechselseitigem Gewinn miteinander verbunden werden. Der außerordentlich gedrängte Zeitrahmen, der zur Erstellung dieses Berichtes zur Verfügung stand, verlangte von den ehrenamtlich tätigen Kommissionsmitgliedern neben ihren sonstigen hauptberuflichen Tätigkeiten ein hohes Maß an Engagement. Dafür, für ihre kooperative Grundhaltung, für ihre fachlichen Impulse und für die menschlich sympathische Präsenz möchte ich allen Kommissionsmitgliedern ganz herzlich danken.

Die Komplexität der Aufgabenstellung dieses Kinder- und Jugendberichtes wäre ohne die Unterstützung vieler ausgewiesener Fachleute nicht zu bewältigen gewesen. Die Möglichkeit für spezielle Themenaspekte Expertisen vergeben zu können, ist 17 Mal genutzt worden. Es ist gelungen, 24 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und ihre fachliche Kompetenz für ausführliche Stellungnahmen zu gewinnen. Auch hier ist ein besonderer Dank abzustatten, weil auch für die Erstellung dieser Beiträge sehr enge Zeitgrenzen gesetzt werden mussten. Trotzdem sind alle Stellungnahmen zeitgerecht eingetroffen. Die geplante Veröffentlichung dieser Expertisen wird zu einer wichtigen Quelle für die Kinder- und Jugendhilfe, aber auch für das Gesundheits- und das Behindertenhilfesystem werden.

Eine weitere wichtige Informationsquelle für die Kommission ergab sich aus Anhörungen von Sachverständigen. So wurde schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt der

Kommissionsarbeit die theoretische Grundlinie des Berichtes mit Fachleuten aus den Gesundheitswissenschaften diskutiert. Die fruchtbaren Anregungen dieses Fachgespräches waren für Basiskonzepte des Berichts besonders hilfreich. Zu einem zweiten Hearing der Gesamtkommission wurden Vertreterinnen und Vertreter der freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe zum Thema: „Konzepte und Strategien zur Gesundheitsförderung, speziell in Bezug auf Familien mit Armuts- und/oder Migrationshintergrund“ eingeladen. Ein drittes Hearing richtete sich an wichtige Verbände aus dem Bereich des Behindertenhilfesystems. In diesem Hearing ging es vor allem um die Schnittstellen der unterschiedlichen Angebote des Behindertenhilfesystems zur Kinder- und Jugendhilfe, die gesellschaftliche Teilhabe junger Menschen mit Behinderung fördern bzw. behindern. Dieses sehr ertragreiche Hearing hat der Kommission wichtige Impulse für gezielte Empfehlungen zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung sowie zur Unterstützung ihrer Familien vermittelt. Diese wurden noch durch eine Delphi-Studie zur Lage der Gesundheitsförderung und –chancen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung fundiert, die von einem Team an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund unter Leitung von Frau Prof. Dr. Elisabeth Wacker durchgeführt wurde.

Neben den Hearings der Gesamtkommission gab es weitere ausführliche Fachgespräche des Kommissionsvorsitzenden und Mitgliedern der DJI-Arbeitsgruppe zum Ansatz der Salutogenese, mit Vertreterinnen des *Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*, mit Fachleuten für den Migrationsbereich, *Early-Excellence-Projekten* und der Begleitgruppe des *Bundesmodellprogramms Mehrgenerationenhäuser*.

Zu den Aufgaben des Deutschen Jugendinstituts gehört die Geschäftsführung der Kinder- und Jugendberichte. Bei diesem Bericht hatte die zugeordnete DJI-Arbeitsgruppe eine ganz besondere Funktion. Wegen des knappen Zeitfensters für die Erstellung des Berichtes wurden vom BMFSFJ Mittel bereitgestellt, um die Berichtserstellung durch fachlich versierte Mitarbeiterinnen aktiv zu unterstützen. Das haben Frau Dr. Tina Gadow, Frau Angela Keller und Frau Sonja Peyk in hervorragender Weise getan. Sie wurden zu Mitarbeiterinnen in einem hocheffizienten Team, zu dem auch Frau Gisela Dittrich und Herrn Dr. Ekkehard Sander aus dem DJI gehörten. In enger Abstimmung mit einzelnen Kommissionsmitgliedern konnte so ein System gelingender Koproduktion entstehen. Zum Gelingen des ganzen Unternehmens trug auch als kompetente Sachbearbeiterin Frau Susanne Schmidt-Tesch erheblich bei.

Von unschätzbarem Wert waren für mich aber noch zwei Personen aus dem DJI, ohne die dieser Bericht nicht hätte

entstehen können. Frau Dr. Hanna Permien hatte die Geschäftsführung des Berichtes und sie hat diese Aufgabe mit enormen persönlichem und fachlichem Engagement erfüllt. Sie hat nie den Gesamtüberblick verloren und sie hat durch ihren entschlossenen und einfühlsamen persönlichen Stil den Entstehungsprozess begleitet und gesteuert. Ihr und dem gesamten DJI-Team gilt mein ganz besonderer Dank. Und schließlich ist der für mich wichtigste Partner beim Zustandekommen dieses Berichtes zu nennen: Dr. Christian Lüders. Als Leiter der Abteilung Jugend und Jugendhilfe am Deutschen Jugendinstitut hatte er seitens des DJI die fachliche Zuständigkeit für diesen Bericht. Als kooptiertes Mitglied der Kommission konnte er in den Bericht seine enorme Fachkompetenz und seine Erfahrung mit der Erstellung von Kinder- und Jugendberichten voll einbringen. Gerade in den Zeiten, in denen Zweifel aufkamen, ob das ferne Ziel der zeitgerechten Berichtsverfertigung erreichbar sein würde, waren die Energie, der Ideenreichtum, der Pragmatismus, aber auch die – manchmal grenzüberschreitende – Arbeitskraft von Herrn Dr. Lüders eine unschätzbare Ressource. Mit ihm und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im DJI diese 15 Monate in enger Kooperation gestanden zu haben, war für mich eine persönlich und fachlich bereichernde Erfahrung. Dafür sei ihm ganz persönlich gedankt.

In meinem eigenen Arbeitsumfeld konnte ich mir auf der Basis der Ressourcen zur Erstellung dieses Berichtes wichtige Unterstützung sichern: Frau Dr. Renate Höfer (Institut für Praxisforschung und Projektberatung) hat wichtige Zuarbeit zum salutogenetischen Fundament des Berichtes geleistet. Eine besondere fachliche Achtsamkeit für die Gesundheitsförderung von Heranwachsenden und ihren Familien mit Migrationshintergrund und für das Thema Traumasensibilität hat Frau Dr. Angela Kühner (Department Psychologie, Universität München) mit ihrer Zuarbeit eingebracht. Schließlich hat Frau Dipl.-Psych. Monika Kleeblatt (Department Psychologie, Universität München) durch intensive Recherche- und Dokumentationsarbeit meine Arbeit sehr erleichtert. Auch diesen Kolleginnen und Mitarbeiterinnen möchte ich ganz herzlich danken.

Last but not least ist auch für die vielfältige Unterstützung aus dem BMFSFJ Dank zu sagen. Herr Dr. Sven-Olaf Obst hat mit seinen Mitarbeiterinnen Frau Beate Hoves, Frau Friederike Kirner und Frau Judith Veltmann nicht nur die Brücke zum politischen Feld gesichert, sondern kontinuierlich die Arbeit begleitet und ermutigt.

München, im Dezember 2008

Prof. Dr. Heiner Keupp

Zusammenfassung

Bewegungsarmut, Fettleibigkeit, Magersucht und problematisches Ernährungsverhalten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Phänomene, die in der jüngeren Vergangenheit in Öffentlichkeit und Politik bis zur europäischen Ebene hinauf diskutiert wurden – ebenso wie exzessiver Alkoholkonsum von Jugendlichen und Gewalttätigkeit. Mit großer Sorge beobachtet wurden auch vereinzelte Fälle von massiver Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie der Anstieg psychosozialer Auffälligkeiten im Jugendalter. Alle diese Problemanzeigen lösten vielfältige Aktivitäten in Politik und Praxis aus: von der Gesetzgebung über die Durchführung bundesweiter und lokaler Aktionspläne und Kampagnen bis hin zu ungezählten Präventionsprojekten, Informationsveranstaltungen und Aufklärungsbemühungen vor Ort.

Neben diesem sorgenvollen Blick auf die aktuellen gesundheitlichen Probleme von Heranwachsenden gewinnt das Thema Gesundheitsförderung noch aus einem zweiten Grund zunehmend an Bedeutung: Denn – vergleichbar etwa mit dem Bereich Bildung – setzt sich auch im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren die Einsicht durch, dass wichtige Weichen vergleichsweise früh in der Biografie gestellt werden. Entsprechend wächst das Interesse daran, möglichst früh und möglichst alle Mädchen und Jungen zu einer sich selbst wie auch anderen gegenüber achtsamen Lebensweise zu befähigen. Die wirtschaftliche Notwendigkeit, später drohende Kosten im Gesundheitssystem möglichst frühzeitig zu vermeiden, ist für diese wachsende Aufmerksamkeit ebenso verantwortlich wie der schon länger andauernde gesellschaftliche und sozialstaatliche Wandel: Dieser verlangt immer mehr, dass jede und jeder Einzelne aktive Verantwortung für sich selbst übernimmt, also auch für die gesundheitliche Vorsorge und das eigene Wohlbefinden.

Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden hängen in hohem Maße mit ihren gesellschaftlichen Chancen zusammen. Ungleiche Lebensbedingungen beeinflussen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Alle verfügbaren Daten zeigen auf, dass soziale Benachteiligung und Armut – besonders, wenn sie Heranwachsende mit Migrationshintergrund betrifft – in hohem Maße mit gesundheitlichen Belastungen verbunden sind. Diese Tatsache beschäftigt die einschlägigen Fachdebatten schon seit langem, ist aber bislang noch nicht ins Zentrum der öffentlichen und politischen Aufmerksamkeit gerückt.

Der vorliegende 13. Kinder- und Jugendbericht knüpft unmittelbar an diese Entwicklungen und Debatten an. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 Sozialgesetzbuch VIII und dem Berichtsauftrag stehen im Mittelpunkt dieses Berichts die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung.

Dieser Themenzuschnitt des 13. Kinder- und Jugendberichts spiegelt insofern eine Veränderung wider, als Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden nicht

mehr vorrangig oder gar allein in der Zuständigkeit des Gesundheitssystems gesehen werden. Gerade wenn es um die Förderung von gesundem Aufwachsen geht, reicht die vorherrschende Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Verhütung und Behandlung von Krankheiten nicht aus. Zunehmende Bedeutung erlangen deshalb andere öffentliche Angebote, die das Aufwachsen begleiten, wie das Bildungssystem und die Kinder- und Jugendhilfe. Der Kinder- und Jugendhilfe steht nun vor der Frage, was sie zur Verhinderung gesundheitlicher Belastungen und zur Förderung von Gesundheit im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter mit ihren Mitteln beitragen kann. Die Schule hat sich in den letzten Jahren bereits in Ansätzen dieser Frage gestellt; dort haben Angebote wie Gesundheitstage und -projekte deutlich zugenommen.

Diese Anfrage an die Kinder- und Jugendhilfe ist zunächst geradezu naheliegend. Laut Gesetz ist es ihr Anspruch, alle Heranwachsenden in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen und dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu erhalten bzw. zu schaffen (§ 1 SGB VIII). Diesen Anspruch zu erfüllen ist gar nicht vorstellbar, ohne dass Gesundheit im Sinne von sozialem, seelischem und körperlichem Wohlbefinden mitbedacht wird. Kinder- und Jugendhilfe hat also schon immer im Rahmen ihrer fachlichen Möglichkeiten mit der Förderung von Gesundheit zu tun – und in vielen Fällen auch mit gesundheitlichen Belastungen unterschiedlicher Art. Dies gilt vor allem für den Bereich der Hilfen zur Erziehung sowie für die verschiedenen Schnittstellen, von denen eine, die Schnittstelle zur Behindertenhilfe und Rehabilitation, für den vorliegenden Bericht besonders an Bedeutung gewann.

Ausgangspunkt war dabei der Anspruch der Kinder- und Jugendhilfe, *alle* Heranwachsenden in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern. Somit hatte der Bericht sich auch mit der Gruppe der jungen Menschen mit Behinderung zu befassen. Diese Gruppe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen war in den bisherigen Kinder- und Jugendberichten der Bundesregierung weitgehend vernachlässigt worden.

Im Anschluss an die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, aber auch an das SGB IX hat die Kommission sich bemüht, dieser Aufgabe durch das konsequente Einnehmen einer inklusiven Perspektive gerecht zu werden. Die Kommission geht davon aus, dass Heranwachsende mit drohenden oder bereits manifesten Behinderungen das gleiche Recht und das gleiche Bedürfnis haben, die für ihr soziales, psychisches und physisches Wohlbefinden bestmögliche Förderung zu erfahren, wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderungen.

Als eine ernsthafte Herausforderung erwies sich die Beantwortung der Fragen, die mit den beiden Begriffen „Gesundheitsförderung“ und „gesundheitsbezogene Prävention“ in der Kinder und Jugendhilfe unweigerlich verknüpft sind: Was bedeutet diese Aufgabe in Bezug auf die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe? Was genau vermag die Kinder- und Jugendhilfe zu leisten? Wie sind ihre

Aufgaben im Verhältnis zum Gesundheitssystem, zur Eingliederungshilfe und zur Rehabilitation sowie zu den anderen für Kinder und Jugendliche zuständigen Institutionen, vor allem der Schule, zu sehen? Eine besondere Herausforderung waren diese Fragen aus drei Gründen:

- *Erstens* muss die Antwort angesichts der Vielfalt der Praxisfelder in der Kinder- und Jugendhilfe jeweils anders ausfallen. Gesundheitsförderung in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung bedeutet etwas anderes als z. B. im Bereich mobiler Straßensozialarbeit oder in der Heimerziehung. Es kann also nicht *die* eine Antwort geben, sondern nur praxisfeldbezogen unterschiedliche Antworten.
- *Zweitens* zeigte die Arbeit an dem vorliegenden Bericht, dass in der Kinder- und Jugendhilfe gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zwar an vielen Stellen mittlerweile auf der Tagesordnung stehen – aber: Deutlich wurde auch, dass mit diesen beiden Begriffen und den damit jeweils verbundenen Herausforderungen für die Fachpraxis sehr unterschiedliche Konzepte verbunden werden. Hier gibt es Klärungsbedarf. Von einem erkennbaren Konsens und einem weithin anerkannten Selbstverständnis, was gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bedeuten, ist die Fachdiskussion noch ein gutes Stück entfernt. Überraschend ist das insofern nicht, als auch außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe seit Langem intensive Diskussionen darüber geführt werden, was jeweils unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist.
- *Drittens* schließlich machen die kurzen Hinweise zu Beginn deutlich, dass das Verhältnis des Gesundheitssystems zu den anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, also auch der Kinder- und Jugendhilfe, in den letzten Jahren in Bewegung gekommen ist. Abgeschlossen ist diese Entwicklung noch nicht. Die Debatten um die Zukunft der Krankenkassen, um medizinische Wahlleistungen, individuelle Gesundheitsleistungen bzw. so genannte Selbstbehalte, die Diskussion um das so genannte Präventionsgesetz u. a. m. deuten darauf hin, dass auch in absehbarer Zeit die Frage, wer welche gesundheitsförderlichen Leistungen erbringt bzw. erbringen kann, aktuell bleiben wird. Die Frage nach den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung enthält damit unvermeidlich auch einen auf Zukunft bezogenen Aspekt. Es geht, mit anderen Worten, auch um die bislang offene Frage: Wie könnten gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem künftig aussehen? Sollten sie gar zum Aufgabenbereich einer integrierten Gesamtpolitik entwickelt werden?

Nicht auf alle diese Fragen kann der vorliegende 13. Kinder- und Jugendbericht Antworten liefern. Er verfolgt vielmehr drei Ziele:

- Wichtige Grundlagen für die anstehenden Diskussionen zu schaffen,
- Eine aktuelle Zwischenbilanz zu ziehen, soweit dies möglich war,
- In Form von Leitlinien Perspektiven für die zukünftigen Entwicklungen zu formulieren und in Form von Empfehlungen nächste Schritte aufzuzeigen, die aus der Sicht der Sachverständigenkommission dringend notwendig sind.

Der Bericht gliedert sich in fünf Teile, die mit den Buchstaben A bis E markiert sind. Er wird ergänzt durch 17 Expertisen, die von der Sachverständigenkommission in Auftrag gegeben worden sind und im Sommer 2009 publiziert werden.

Zu Teil A (Kapitel 1 bis 3): Konzeptionelle Grundlagen

Wie bereits angedeutet, war für die Sachverständigenkommission schnell klar, dass es einen erheblichen konzeptionellen Klärungsbedarf hinsichtlich der zentralen Begriffe gab. Entsprechend des Berichtsauftrages werden im Teil A die beiden leitenden Konzepte *gesundheitsbezogene Prävention* und *Gesundheitsförderung* eingeführt und ihre konzeptionellen und normativen Hintergründe erläutert. Als zentral herausgestellt werden dabei zunächst die Konzepte von *Gesundheit* im Sinne der *WHO-Charta*, wie *Salutogenese*, *Lebenskohärenz*, *Resilienz*, *Befähigung* und weiter *Kompetenzorientierung*, *Empowerment* und *Beteiligung* als praktische Strategien zur Umsetzung dieser Konzepte. Diese werden in Beziehung gesetzt zu dem vor allem in der Medizin vertrauten Verständnis von *Risiko- und Schutzfaktoren*.

Gesundheit wird dabei nicht als das Gegenteil oder die Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als ständige Bewegung auf einem Kontinuum zwischen den zwei Polen Gesundheit und Krankheit. Das heißt: Jeder Mensch bewegt sich zwischen diesen beiden Polen und ist immer nur relativ gesund bzw. relativ krank. Entscheidend ist dabei der Blickwinkel. Während mit guten Gründen sowohl in der Medizin als auch im Alltag große Anstrengungen zur Vermeidung oder Minderung von gesundheitlichen Belastungen bzw. Krankheiten unternommen werden, wird diese Perspektive im vorliegenden Bericht um die so genannte *salutogenetische Frage* erweitert: Warum bleiben Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bzw. werden wieder gesund? Und: Welche Bedingungen und Ressourcen sind dafür verantwortlich? Aus der Sicht der Sachverständigenkommission bezeichnen deshalb *gesundheitsbezogene Prävention* und *Gesundheitsförderung* zwei unterschiedliche Formen des Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen bzw. mit Krankheit und Gesundheit. Zugleich ergänzen sich die beiden Perspektiven auch, sodass sie erst im Zusammenspiel ihre Wirkung entfalten können. Wichtig ist diese Einsicht, da sie auch einen Ansatzpunkt für die Bestimmung des Verhältnisses von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem enthält: Zwar verfügt die Kinder- und Jugendhilfe auch über

begrenzte Handlungsmöglichkeiten zur Verhinderung von gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten; ihre Stärke liegt jedoch eindeutig im Bereich der Gesundheitsförderung. Dort hat sie – aus der Sicht der Sachverständigenkommission – ihre Potenziale noch gar nicht richtig erkannt, geschweige denn offensiv genutzt.

Im Durchgang durch die verschiedenen Gesundheitskonzepte wird auch sichtbar, dass sie über einen gemeinsamen Nenner verfügen: In ihrem Mittelpunkt steht ein möglichst selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges eigenverantwortliches Subjekt, das spezifische Ressourcen benötigt. Zu diesen gehören das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns, die Erfahrung, mit sich selbst identisch zu sein, sowie soziale Anerkennung und kulturelle Einbettung. Wichtig sind diese Fähigkeiten, um in Belastungssituationen Stress und Krisen zu bewältigen, und um so die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewinnen. In diesem Verständnis ist es die Aufgabe von Institutionen, Heranwachsende bei der Entwicklung dieser Ressourcen zu fördern. Entscheidend dafür ist auch die Schaffung von Strukturen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ermutigen, stärken und befähigen in der Wahrnehmung ihrer Rechte – und ihnen zu mehr Handlungsfähigkeit im Sinne der selbstbestimmten Nutzung ihrer Ressourcen verhelfen.

Doch hier liegt ein Problem: Alle Daten zeigen, dass die Verfügbarkeit derartiger Ressourcen ungleich verteilt ist. Damit sind die Chancen für eine gute Entwicklung von Lebensbeginn an verschieden. So erschweren ein benachteiligender sozio-ökonomischer Status und je nach Kontext auch Geschlechtszugehörigkeit und Migrationshintergrund den Zugang zu Erfahrungen von Selbstwirksamkeit. Vor diesem Hintergrund rückt die Sachverständigenkommission das Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit als Maßstab für politisches, institutionelles und professionelles Handeln in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Denn es geht darum, alle Heranwachsenden zu befähigen, „selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie darum, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“, wie dies die *Ottawa Charta* treffend formuliert.

Weil es Befähigungsgerechtigkeit nicht geben kann, ohne dass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gesichert ist, stellt die Sachverständigenkommission der Befähigungsperspektive die Notwendigkeit gesellschaftlicher *Inklusion* und *Beteiligung* zur Seite. Inklusion und Beteiligung werden dabei als Herausforderung, Verpflichtung und Aufgabe einer sozialen Gemeinschaft verstanden, alle Menschen in vergleichbarer Weise von Geburt an bis ins Alter am Leben in allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv zu beteiligen und nicht Sonderbezirke oder so genannte Schonbereiche für bestimmte Gruppen von Menschen (z. B. Menschen mit Behinderung, aus anderen Ländern Zugewanderte, sozial Benachteiligte etc.) zu schaffen. Dies wird als ein wesentliches Merkmal einer demokratischen, solidarischen und freiheitlichen Gesellschaftsordnung begriffen.

Die Sachverständigenkommission erhofft sich, mit Teil A nicht nur eine konzeptionelle Sortierung, Klärung der Prämissen und Einführung in das Denken von *gesundheitsbezogener Prävention* und *Gesundheitsförderung* als Grundlage für den Bericht selbst geschaffen zu haben, sondern auch einen fachlichen Impuls für die Weiterentwicklung der Fachpraxis.

Zu Teil B (Kapitel 4 bis 9): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Der *Teil B* des Berichts gibt einen Überblick über die wichtigsten Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Sachverständigenkommission war sich dabei von Beginn an einig, dass es nicht darum gehen kann, einen vollständigen Bericht zur gesundheitlichen Lage dieser Altersgruppen in Deutschland vorzulegen. Dies bleibt Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung. Doch kann man sich über Aufgaben der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe nur dann angemessen verständigen, wenn wenigstens in groben Zügen bekannt ist, wie es um die gesundheitliche Situation der Adressatinnen und Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe aktuell bestellt ist. Die Sachverständigenkommission versuchte den damit angedeuteten Balanceakt durch zwei Vorentscheidungen zu bewältigen. Zum einen erfolgt die Darstellung *entlang des Lebenslaufes* und sie wurde in *fünf Altersgruppen* unterteilt. Zum anderen sollten vorrangig nur diejenigen Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland aufbereitet werden, bei denen mit guten Gründen davon ausgegangen werden konnte, dass die damit beschriebenen Herausforderungen auch die Kinder- und Jugendpraxis betreffen. Um den Blick entsprechend zu fokussieren, hat die Sachverständigenkommission deshalb versucht, die für die gesundheitliche Förderung in der jeweiligen Altersgruppe zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen zu benennen. Dabei wurden für die fünf Altersgruppen folgende Themen besonders herausgestellt:

- Für Kinder unter 3 Jahren: Bindung und Autonomie.
- Für Kinder von 3 bis 6 Jahren: Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit.
- Für Kinder von 6 bis 12 Jahren: Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren.
- Für Jugendliche von 12 bis 18 Jahren: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden.
- Für junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen.

Jedes dieser Entwicklungsthemen beinhaltet sowohl gesundheitliche Risiken als auch gesundheitsfördernde Chancen. Entscheidend ist, diese in der pädagogischen Praxis zu erkennen und die Chancen gezielt zu fördern.

Das Ziel dieser Darstellung ist, neben einigen wichtigen Grundinformationen für jede Altersgruppe, die jeweiligen Risiken und Ressourcen bzw. Schutzfaktoren zu benennen, soweit dafür das entsprechende Wissen verfügbar ist.

Es ist der Sachverständigenkommission wichtig, darauf hinzuweisen, dass sie an dieser Stelle an ihre Grenzen kam. Die Beschreibung der Risiken nimmt in Teil B deutlich mehr Raum ein, als es der Kommission lieb war. Verantwortlich dafür ist der verfügbare Forschungsstand: Medizin und Gesundheitsforschung wissen bisher überproportional mehr und Konkretes über Krankheitsverläufe, -ursachen und Ansätze der Prävention als über gesundheitsfördernde, salutogenetische Bedingungen und Ressourcen.

Die Daten zeichnen ein komplexes Bild. Zu betonen ist aber: Anders als öffentlichkeits- und medienwirksame Schlagzeilen suggerieren, ist der Großteil der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen gesund – und wächst unter gesundheitsförderlichen sozialen Rahmenbedingungen auf. Das gilt auch für Neugeborene und Kleinkinder, die aufgrund dramatischer Einzelfälle als besonders gefährdet gelten. Und im Blick auf Gesamtdeutschland zeigen die Daten: Fast 20 Jahre nach der Wiedervereinigung gibt es keine gravierenden Unterschiede im gesundheitsbezogenen Aufwachsen zwischen Heranwachsenden in Ost und West.

Trotz dieser insgesamt positiven Bilanz gibt es indes bei etwa 20 Prozent der Heranwachsenden in Deutschland gesundheitliche Auffälligkeiten, wobei diese Belastungen nicht selten kumulativ auftreten. Zusammengefasst unter dem Schlagwort der „neuen Morbidität“, ist in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten, und zwar von (a) akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen Erkrankungen und (b) von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten. Diese Verschiebung im Krankheitsspektrum wird nachhaltig durch die aktuellen Daten des *Kinder- und Jugendgesundheits surveys* (KiGGS) des *Robert-Koch-Instituts* untermauert.

Die Daten zeigen aber zugleich auch die Chancen, die mit den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für die verschiedenen Altersstufen verbunden sind. Werden diese Chancen genutzt, stellen sie wichtige Ressourcen für die eigene Gesundheit dar. Gelingt die erfolgreiche Umsetzung der Themen nicht, erwachsen daraus Risiken. Diese können vor allem bei mehrfacher Belastung – wie etwa bei Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und/oder mit Migrationshintergrund – zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, die sich zum Teil erst im späteren Lebensverlauf zeigen. So können Belastungen im Säuglings- und Kleinkindalter eine sichere Bindung des Kindes zu seinen Haupt Bezugspersonen verhindern und später im Kindergarten- und Vorschulalter zu Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Ernährung, Bewegung und Verhalten führen. Im Grundschulalter nehmen Verhaltensauffälligkeiten wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), chronisch-somatische Erkrankungen (z. B. Asthma bronchiale) und stressbedingte Belastungsreaktionen deutlich zu. Derartige Beeinträchtigungen können sich im Entwicklungsverlauf zu manifesten Störungen entwickeln. Diesen negativen Lebensverlaufsperspektiven gilt es durch entsprechend frühzeitige Prävention zu begegnen.

Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind die wichtigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen Übergewicht und Adipositas, Essstörungen (Anorexie und Bulimie), depressive Erkrankungen (bis hin zu Suizidalität) sowie psychosoziale Auffälligkeiten und Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol und Drogen. Alle genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen wirken häufig langfristig (z. B. bei Adipositas in Form von Gelenkerkrankungen oder Diabetes-Typ 2 oder der Steigerung des Depressionsrisikos im Erwachsenenalter). Hier sind aus gesundheitsökonomischer Perspektive erhebliche Kostenwirkungen für die Sozial- und Gesundheitskassen zu erwarten.

Sind also erfreulicherweise die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund, so kippt dieses positive Bild, wenn man Kinder und Jugendliche aus benachteiligenden Lebenslagen ansieht. Hier zeigen sich zum Teil erhebliche Belastungen. Betrachtet man die Altersgruppen im Vergleich etwas näher, zeigt sich: Besondere Herausforderungen bestehen im Schul- und Jugendalter. Mit dem Schuleintritt steigen die gesundheitlichen Belastungen im Durchschnitt allgemein erkennbar an. Besonders ausgeprägt ist dies jedoch, geschlechtsspezifisch differenziert, bei Mädchen und vor allem bei Jungen aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen und mit Migrationshintergrund. Die Daten zeigen auch, dass in einigen Bereichen wie Bewegung, Ernährung und psychosoziale Entwicklung mit deutlich höheren gesundheitlichen Belastungen zu rechnen ist, wenn diese Jugendlichen erwachsen sind.

Zugleich machen die verfügbaren Daten deutlich: Gezielte Angebote sowie entsprechende sozio-ökonomische Voraussetzungen erweisen sich als wichtige Schutzfaktoren. Diese erleichtern die erfolgreiche Umsetzung der gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen, was wichtige gesundheitsfördernde Effekte hat.

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sind auch Bereiche, die Einfluss auf die Lebensqualität von Heranwachsenden mit Behinderungen nehmen können. Zwar können geeignete Maßnahmen in diesem Bereich manifeste Behinderungen nicht rückgängig machen, aber zu einem Rückgang von zusätzlich bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen – etwa von aggressivem Verhalten gegenüber Außenstehenden oder gegen sich selbst. Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe muss demnach zweierlei leisten. Sie muss alle Altersstufen einbeziehen – und für alle Heranwachsenden mit und ohne Behinderungen gelten.

Zu Teil C (Kapitel 10 bis 14): Schnittstellen – Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem sowie Eingliederungshilfe und Rehabilitation

Im Zentrum des Berichtes stehen die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Schon angedeutet wurde, dass die Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich als ein Akteur neben anderen zu begreifen ist und dass erfolgreiche Gesundheitsförde-

rung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter nur kooperativ erbracht werden kann. Vor diesem Hintergrund kommt dem Wissen über die anderen beteiligten Akteure, dem so genannten Kooperationswissen, eine zentrale strategische Rolle zu. Man kann nur zielführend kooperieren, wenn man den Partner und seine Möglichkeiten und Grenzen kennt und das eigene Vorgehen entsprechend darauf abstimmt. Um ein Beispiel zu nennen: Wenn die Kinder- und Jugendhilfe mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten kooperieren will, muss sie wissen, wie diese finanziert werden und innerhalb des Systems der Abrechnung von Arztleistungen entsprechende Lösungen suchen. Bewusst wurde deshalb vor dem Kapitel über die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe der vergleichsweise kurze *Teil C* eingeschoben. In ihm werden die drei gesellschaftlichen Teilsysteme Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe/Rehabilitation wenigstens in ihren wesentlichen Zügen dargestellt. Dies ersetzt keine gründliche Befassung mit den drei Teilsystemen, zielt aber darauf ab, die für die Kooperation zwischen den beteiligten Systemen wichtigsten allgemeinen Informationen kurz zusammen zu stellen. So wird auch wenigstens ansatzweise verständlich, warum es trotz guten Willens aller Beteiligten vor Ort immer wieder zu Problemen bei der Kooperation an den Schnittstellen kommt.

Zu Teil D (Kapitel 15 bis 20): Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Der *Teil D* stellt, im Sinne des gesetzlichen Auftrages, den Kern des Berichts dar. Er widmet sich der Bilanzierung der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, also den auf Gesundheit bezogenen Angeboten in der Praxis und der darauf bezogenen Fachdiskussion.

Die Arbeit an diesem Teil erwies sich als sehr aufwändig. Denn obwohl gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung immer wieder Thema in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe sind, gibt es bis heute weder eine breite und differenzierte Fachdiskussion dazu, noch entsprechende Überblicksdarstellungen. Die vorliegende Literatur konzentriert sich auf ausgewählte Bereiche. Der Schwerpunkt liegt dabei deutlich auf der Kindertagesbetreuung; zu einer ganzen Reihe von Handlungsfeldern fehlt Literatur dagegen gänzlich. Sie ist zudem weitgehend exemplarisch, d. h. es werden einzelne mehr oder weniger vorbildhafte Projekte oder Ansätze vorgestellt. Bis auf wenige Ausnahmen fehlen dagegen verlässliche Daten zur Verbreitung einzelner Konzepte. Die Sachverständigenkommission hat mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln (Expertisen, Hearings, Fachgesprächen, eigenen Recherchen u. a.) unter den gegebenen Bedingungen das Feld soweit wie möglich ausgeleuchtet. Sie hofft, damit einen Anstoß dafür zu geben, dass gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung künftig mehr Aufmerksamkeit in der Fachpraxis und -diskussion der Kinder- und Jugendhilfe und ihren Schnittstellen zuteil wird.

Die erkennbar höchste fachliche Aufmerksamkeit genießt Gesundheit im Sinne von sozialem, seelischem und körperlichem Wohlbefinden von Kindern in den Angeboten für junge Familien und in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung. Vor allem im Bereich der Familienbildung gibt es eine lange Tradition der Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens für Eltern von Kleinkindern. Allerdings besteht Bedarf an Konzepten und Strategien, bildungsferne und Familien aus sozial benachteiligten Lebenslagen besser zu erreichen. Dies gilt insbesondere für Familien mit Migrationshintergrund.

Die wohl wichtigsten Impulse für die Thematik gingen in jüngerer Zeit von der bundesweit geführten Diskussion um die so genannten frühen Hilfen aus, also den Angeboten zur Unterstützung junger Eltern, v. a. in belastenden Lebenslagen und zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung. Dabei war von Beginn an Konsens, dass diese Aufgabe nur gemeinsam und systemübergreifend zu lösen ist. Dies führte dazu, dass in der Debatte um die frühen Hilfen in nuce alle Themen diskutiert wurden, die auch im Mittelpunkt des 13. Kinder- und Jugendberichts stehen, vor allem auch Fragen der Zusammenarbeit und der Zuständigkeiten von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem.

Der Bericht widmet vor diesem Hintergrund einen längeren Abschnitt dem gesamten Bereich der frühen Förderung für Familien mit Kindern unter drei Jahren. Anhand der drei Aufgabenbereiche *Förderung*, *Hilfe* und *Schutz* werden die aktuelle Diskussion eingeordnet und Herausforderungen benannt. Neben den Datenschutzfragen, die derzeit eine gesetzliche (Neu)Regelung erfahren, beziehen sich diese Herausforderungen aus der Sicht der Kommission vor allem auf die nach wie vor bestehenden Unklarheiten und mangelnden Kenntnisse in Bezug auf die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der an der notwendigen Kooperation beteiligten Institutionen und Fachdisziplinen. Nicht immer ist klar definiert: Welche sind die eigenen Zuständigkeiten? Was leisten andere Akteure? Wo liegen die jeweiligen Grenzen? Was kann nur gemeinsam erbracht werden? Als unzureichend müssen außerdem die zur Verfügung stehenden Ressourcen für eine Vernetzung bezeichnet werden.

Ein wichtiges Thema der Eltern- und Familienbildung ist der Zusammenhang von früher Förderung und Bindung, der von der elterlichen Feinfühligkeit und der Förderung gelingender Eltern-Kind-Beziehungen abhängt. Sie bilden das Fundament für die Entwicklung wichtiger Kompetenzen von Kindern und bestimmen, wie später im Leben mit Belastungen und Stress umgegangen wird.

Schließlich bedarf es der Regelung, in welchen Kooperationsformen dringend benötigte Angebote früher Förderung von gerade volljährigen jungen Eltern in belastenden Situationen erbracht werden können, die über die medizinische Versorgung hinausgehen.

Im Bereich der Kindertagesstätten wurden in den letzten Jahren in allen Bundesländern Bildungspläne mit Schwerpunkt auf den Elementarbereich (3- bis 6-Jährige) entwickelt, die verschiedene Bildungsbereiche auswei-

sen. In allen 16 Bildungsplänen gibt es Bildungsbereiche, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Die meisten Bildungspläne greifen die Themen Bewegung, Gesundheit und Ernährung auf. Nur ein Bundesland verfügte zum Erhebungszeitpunkt neben dem Bildungsbereich Bewegung über keinen weiteren gesundheitsrelevanten Bereich. Daneben gehören Hygiene und Früherkennung zu den klassischen Themen, auf die in fast allen Bildungsplänen eingegangen wird. Zur sozialen Kompetenz gibt es in elf Bildungsplänen einen eigenen Abschnitt oder einen Bildungsbereich, der neben dem Gesundheitsbereich steht. Eine Verzahnung der Bereiche findet allerdings nicht unbedingt statt.

Die Bildungspläne enthalten zudem häufig gesundheitsrelevante Themen, die nicht unter dem Oberbegriff „Gesundheit“ erfasst wurden – dazu zählen zum Beispiel Resilienz oder Partizipation. Daneben werden in den Plänen noch weitere implizit gesundheitsfördernde und/oder störungspräventiv wirkende Bildungsthemen genannt, darunter geschlechtersensible Erziehung, Sprache, Beteiligung der Eltern und andere. Es trägt indirekt zur Gesundheit bei, wenn das Kind sich als selbstwirksam erfahren kann, Möglichkeiten der Beteiligung hat und eine angemessene Sprachkompetenz erwirbt. Das Thema Bindung wird in den Bildungsplänen der Länder nicht immer aufgegriffen und nur zum Teil ausführlich behandelt. Die erkennbaren Unterschiede in Art und Inhalt der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis ergeben sich aber nicht nur durch die jeweiligen Bildungspläne, sondern auch durch die verschiedenen Trägerschaften der Einrichtungen, die Arbeitsbedingungen des Personals sowie durch die Sozialräume, in welche die Einrichtungen jeweils eingebettet sind.

Die Qualitätsstandards und Bildungsbereiche für die Kindertagespflege (Tagesmütter) sind nicht in den Bildungsplänen der Länder festgeschrieben. Für dieses Angebot muss das Thema Gesundheit erst noch in die Bildungsbausteine der grundlegenden Fortbildung aufgenommen sowie eine Einigung über einen angemessenen Umfang dieser Fortbildung erzielt werden. Ein weiterer Schritt zur Qualifizierung der Tagespflege läge in Unterstützungsnetzwerken. Sie könnten die Isolierung der dort Tätigen aufheben, indem etwa Arbeitsgruppen zur kollegialen Beratung entstehen, in die dann Fortbildungsinhalte einfließen könnten. Denkbar wäre auch eine Anbindung der Tagespflegepersonen an die Teams der Kindertagesstätten. Auch das könnte kollegiale Beratung ermöglichen und verankern.

Im Vergleich zur Kindertagesbetreuung zeigt der Blick auf das Schulalter: Mit Beginn der Schule steigen die gesundheitlichen Belastungen, gleichzeitig nehmen die Angebote eher ab. In der Diskussion zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Schule und in den Angeboten zur Ganztagesbetreuung ist das Thema noch nicht angekommen. Hier wird derzeit eine Chance verspielt.

In Bezug auf die Altersgruppen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen befasste sich die Kommission vor allem mit den Praxisfeldern der offenen und verbandlichen Jugendarbeit. Den Angeboten der Sportjugend wurde aus

thematischen Gründen ein eigener Abschnitt gewidmet. Gleiches gilt für die Hilfen zur Erziehung, den Jugendschutz, die Präventionsangebote im Bereich jugendlicher Delinquenz, Kriminalität und Gewalt, die Jugendberufshilfe und die Angebote für junge Erwachsene mit Behinderung. Miteinbezogen wurden die Schnittstellen zur Schule bzw. schulbezogenen Jugendarbeit sowie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und zur Behindertenhilfe.

Vor allem der Bereich Jugendarbeit, mit Ausnahme der mobilen Jugendarbeit, erweist sich dabei als Praxisfeld, in dem zwar viele Angebote als gesundheitsförderlich verstanden werden können, es jedoch an einem entsprechenden fachlichen Selbstverständnis fehlt. Insbesondere die Angebote verbandlicher, aber auch offener Jugendarbeit stellen Beispiele dafür dar, was die Sachverständigenkommission als implizite Formen der Gesundheitsförderung beschreibt.

Um Aussagen über konkrete Ansätze zu Gesundheitsförderung und Prävention in dem unübersichtlichen Feld der Erziehungshilfen in ihrer Vielfalt treffen zu können, wurden zum einen allgemein zugängliche Quellen sowie die im Rahmen dieses Berichts in Auftrag gegebenen Expertisen, darunter eine empirisch gut abgesicherte Studie zur Erziehungs- und Familienberatung, genutzt. Zum anderen wurden die Ergebnisse der im Rahmen der Berichtserstellung durchgeführten Hearings und Fachgespräche sowie die einer eigenen kleinen „Blitzumfrage“ bei Trägern und Einrichtungen herangezogen – wobei allerdings der Pflegekinderbereich nicht einbezogen werden konnte.

Dabei zeigte sich, dass in den Feldern der Hilfen zur Erziehung der Umgang mit gesundheitlichen Belastungen in vielfältiger Form Bestandteil der Praxis ist. Bedarfsorientiert bestehen bewährte Kooperationen. Weniger Aufmerksamkeit findet hingegen bislang der salutogenetische Aspekt. Ansätze wie Gesundheitserziehung, gesundheitsbezogene Information/Aufklärung, Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention scheinen in vielen Einrichtungen in vielfältigen, oft ineinander übergehenden Formen zur täglichen Arbeit zu gehören. Allerdings wird nur in Einzelfällen ein Hintergrundwissen zu den Konzepten erkennbar. Auch wird nur selten die Allgemeinheit des Begriffs Gesundheitsförderung problematisiert und von dem allgemeinen Förderauftrag der Kinder- und Jugendhilfe (§ 1 SGB VIII) zu wenig nachvollziehbar abgegrenzt. So wurden die „klassischen Aufgaben“ der Kinder- und Jugendhilfe, die Stärkung von Identität, Selbstbewusstsein, sozialer Kompetenz und praktischen Lebenskompetenzen häufig der Gesundheitsförderung zugeordnet, zum Teil aber auch der Prävention.

Versucht man den aktuellen Stand über die Praxisfelder hinweg zu bilanzieren, lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- In allen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe – wenn auch mit erkennbaren Unterschieden – stehen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung mittlerweile auf der Tagesordnung.

- Ein Großteil der Angebote ist allerdings projektförmig organisiert. Das bedeutet: Sie sind zeitlich und thematisch begrenzt und mehr oder weniger deutlich vom Alltag abgehoben. Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als integrierte Regelangebote finden sich demgegenüber – mit Ausnahme der Kindertagesbetreuung – noch zu selten.
- In der Kinder- und Jugendhilfe besteht erheblicher konzeptioneller Klärungsbedarf, um das eigene gesundheitsfördernde Potenzial auszuschöpfen.
- Immer wieder lassen sich vier Formen expliziter gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung ausmachen: Information und Aufklärung, gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen, gesundheitspädagogische Prävention sowie eingebettete Gesundheitsförderung. Diese Formen sind nicht immer ganz trennscharf und werden in der Praxis häufig kombiniert.
- Eine besondere konzeptionelle Herausforderung stellen jene zahlreichen Angebote dar, die, ohne dass dies ausdrücklich formuliert bzw. beabsichtigt wird, gesundheitsfördernd angelegt sind. Kennzeichnend für diese Angebote ist, dass sie sich zwanglos als bislang nicht bewusst wahrgenommene Formen der Gesundheitsförderung bzw. – in anderen Feldern – der gesundheitsbezogenen Prävention begreifen lassen. Dabei handelt es sich nicht nur um gleichsam implizite, nicht unmittelbar intendierte Nebenwirkungen einer gelungenen pädagogischen Praxis, sondern in vielen Fällen um konstitutive, aber bislang nicht als solche thematisierte Momente dieser Praxis. Was unter einem pädagogischen Blick als Unterstützung bei der Persönlichkeitsbildung oder Identitätsbildung erscheint, ließe sich unter dem Blickwinkel von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung als wichtiger Beitrag zur Ausbildung von Schutzfaktoren, Resilienz oder unter salutogenetischer Perspektive als konstitutiver Bestandteil von Lebenskohärenz beschreiben.
- Für alle Altersgruppen gilt: Besonders an kontinuierlichen Angeboten für Kinder chronisch such- und psychisch kranker Eltern ist der Mangel groß – ebenso wie an Sensibilität und pädagogischen und therapeutischen Hilfen für die Folgen von Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen.
- Es besteht ein ausgewiesener Mangel an Evaluation der Wirksamkeit der in der Praxis realisierten Angebote.

Allerdings ergibt sich bei alledem ein nicht unwichtiges Problem. Begriffe wie Gesundheit und Krankheit, aber auch Erziehung, Bildung u. ä. sind Begriffe, deren Bedeutung im hohen Maße kontextabhängig ist. Das widerspricht zunächst dem Alltagsverständnis. Denn im Alltag nimmt man üblicherweise an, dass relativ klar ist, was Gesundheit und Krankheit jeweils bedeuten und wie Gesundheit zu fördern bzw. Krankheit zu vermeiden sind. Demgegenüber geht die Sachverständigenkommission davon aus, dass das Ziel Gesundheit keineswegs so eindeutig leitend ist, wie dies auf den ersten Blick erscheinen

mag und wie dies die Orientierung an evidenten Beispielen wie der Vermeidung von Krankheiten, schweren Störungen sowie psychischen, psychischen und geistigen Einschränkungen nahe legt.

Hintergrund für diese Uneindeutigkeit ist das Gesundheitsverständnis der WHO-Charta. Wenn Gesundheit in diesem Sinne als „ein positives Konzept (verstanden wird), das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“, dann wird damit ein konzeptionell sehr offener Horizont umrissen. Dies bedeutet: Je nach Konstellation und kulturellem, sozialem und ökonomischem Hintergrund wird Gesundheit auf sehr unterschiedliche Weise begriffen. Es bedarf dabei *erstens* der Konkretisierung – etwa durch Konzepte wie Selbstwirksamkeit, Balance von Schutz- und Risikofaktoren, Befähigung, Beteiligungs- und Verwirklichungschancen. *Zweitens* ist zu berücksichtigen, dass Gesundheit nicht einfach ein anzustrebender Zustand ist bzw. eine wie auch immer gegebene Existenzform. Sie ist vielmehr als etwas zu begreifen, das gesellschaftlich in konkreten Handlungsvollzügen definiert, realisiert, ausbalanciert und auch inszeniert wird. Gesundheit gibt es nicht als solche, sondern sie wird gesellschaftlich hergestellt. Dabei ist von Bedeutung, dass Kinder und Jugendliche u. U. sehr eigene Vorstellungen über ihre Gesundheit haben, so dass *ihre* Deutungen von und Umgangsformen mit Gesundheit in jedem Fall mit zu berücksichtigen sind. In pädagogischen Feldern ergibt sich *drittens* die Notwendigkeit, den Gesundheitsbegriff auf die jeweiligen Altersgruppen zu beziehen. Gesundheitsförderung im Kleinstkindalter muss sich, nach allem, was man weiß, vor allem auf die Ausbildung stabiler Bindungen konzentrieren, während im Grundschulalter andere Themen, wie z. B. Selbstwirksamkeit, und im Jugendalter wiederum andere Aspekte, wie z. B. Identitätsentwicklung, im Vordergrund stehen.

Im Hinblick auf die Notwendigkeit, zumindest vorläufig zu klären, worum es im Kern geht, schlägt die Sachverständigenkommission deshalb vor, in Bezug auf die Kinder- und Jugendhilfe von „Gesundheitsförderung und Prävention mit pädagogischen bzw. bildenden Mitteln“ zu sprechen. Damit soll zunächst angezeigt werden, dass Gesundheitsförderung deutlich mehr umfasst, als die Kinder- und Jugendhilfe allein zu leisten vermag. Mit ihren pädagogischen Angeboten, Arbeitsformen ebenso wie Settings ist bzw. ist sie aber in der Lage, wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Zu Teil E (Kapitel 21): Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Leitlinien und Empfehlungen

Im Zentrum des fünften Teils, dem *Teil E*, stehen die Empfehlungen. Zunächst werden 12 Leitlinien vorgestellt. Vor dem Hintergrund der im Teil A vorgestellten Konzepte formulieren diese Leitlinien die dem Bericht und den Empfehlungen zugrunde liegende Philosophie.

Die Leitlinien sind – wie der gesamte Bericht – orientiert an der Idee der Stärkung der Lebenssouveränität. *Mehr*

Chancen für gesundes Aufwachsen wurde deshalb auch das Motto des 13. Kinder- und Jugendberichtes. In diesem Sinne zielen gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen auf eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung von Risiken bzw. die Bewältigung von schwierigen Lebensbedingungen und die Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen. Dabei gilt es, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die unterschiedlichen Lebenswelten der Mädchen, Jungen und jungen Erwachsenen zu berücksichtigen. Da zudem Kinder und Jugendliche in ihrer großen Mehrheit gesund, selbstbewusst und kompetent aufwachsen, wäre es verfehlt, sie vorrangig unter der Risikoperspektive zu sehen. Notwendig sind vielmehr der Blick auf die positiven Entwicklungsbedingungen dieser Heranwachsenden und Antworten auf die Frage, wie solche Bedingungen für *alle* Kinder und Jugendlichen gefördert werden können.

Nichtsdestoweniger gibt es gesellschaftliche Segmente, in denen ein gesundes Aufwachsen bedroht ist. In ihnen sind die erforderlichen Entwicklungs- und Widerstandsressourcen nur unzureichend vorhanden und können nicht genügend an Heranwachsende weitergegeben werden. Hier ist vor allem die wachsende Armut zu nennen, die gerade Kinder und Jugendliche mehr betrifft als jede andere Bevölkerungsgruppe. Die Orientierung am Ziel der Befähigungsgerechtigkeit verpflichtet zu Fördermaßnahmen, die *allen* Heranwachsenden die Chance gibt, die Entwicklungsressourcen zu erwerben, die zu einer selbstbestimmten Lebenspraxis notwendig sind. Es gilt, allen Kindern und Jugendlichen möglichst früh formelle und informelle Bildungsmöglichkeiten zu eröffnen, um so einen Beitrag zu leisten, sozialer Ungleichheit entgegen zu wirken und damit gesundheitliche Ressourcen zu stärken.

Im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention § 24 haben *alle* Kinder, unabhängig von ihrem Rechtsstatus, ein Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Insofern sind alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten, die keine Aussonderung akzeptiert. Gender-, Sprach-, Status- und Segregationsbarrieren sind abzubauen und die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung sind in allen Planungs- und Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen (disability mainstreaming).

In jedem Lebensalter müssen Mädchen und Jungen spezifische Kompetenzen erwerben, die für ein gesundes Heranwachsen von zentraler Bedeutung sind und die in ihrer Gesamtheit die Handlungsbefähigung ermöglichen. Sie reichen von frühen Bindungserfahrungen, Autonomiegewinnung, Sprache und kommunikativer Verständigung, Bewegungserfahrungen, Beziehungsgestaltung, Welter-schließung, Beheimatung im eigenen Körper, Grenzerfahrungen und Identitätsbildung bis hin zu Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme.

Vor diesem Hintergrund wurde zu Recht in den letzten Jahren den frühen Lebensphasen gerade auch im Hinblick

auf Gesundheit und Wohlbefinden besondere Priorität eingeräumt, um möglichst gute Bedingungen für die weitere Entwicklung zu schaffen. Trotzdem dürfen die späteren Lebensphasen nicht vernachlässigt werden. Gerade das Schul- und Jugendalter zeigt einen besonderen Förder- und Unterstützungsbedarf. Dort müssen Verwirklichungschancen erhöht werden, damit Mädchen wie Jungen die anstehenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für sich selbst und bezogen auf die gesellschaftlichen Anforderungen befriedigend umsetzen können.

Dabei haben sich Förderprogramme und Angebote an den Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten von Heranwachsenden und deren Familien auszurichten. In der Konsequenz bedeutet dies eine verbindliche Partizipation der Heranwachsenden und ihrer Familien an den Leistungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe.

Zugleich sind Gesundheitsförderung und Prävention gesellschaftliche Aufgaben. Sie bedürfen der Kooperation der verantwortlichen Akteure auf allen Ebenen ebenso wie einer gesellschaftspolitischen Rahmung und Prioritätensetzung. Sozialpolitik, Armutsbekämpfung, Integration von Migrantinnen und Migranten und Menschen mit Behinderung, Bildung, Ökologie: Sie umreißen die Zusammenhänge, in denen Heranwachsende Förderung und Unterstützung benötigen und die in hohem Maße gesundheitsrelevant sind. Hier ist eine integrierte Gesamtpolitik erforderlich. Die Handlungsmächtigkeit der Kinder- und Jugendhilfe, des Eingliederungs- und des Gesundheitssystems sind begrenzt und bedürfen einer gezielten Unterstützung von Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Steuer- und Familienpolitik sowie der Gesundheitspolitik.

Auf der Basis dieser Leitlinien wurde schließlich vonseiten der Kommission eine ganze Reihe von Empfehlungen im Sinne von „nächsten Schritten“ formuliert. Diese richten sich erstens an die *Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe*, zweitens arbeitsfeldübergreifend an die *beteiligten Institutionen in den gesundheitsbezogenen Netzwerken* (neben Kinder- und Jugendhilfe vor allem Gesundheitssystem, Behindertenhilfe/Rehabilitation, Schule) und drittens an die *Politik* auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Zentrale Punkte sind dabei unter anderem:

- Gesundheitsförderung muss fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe werden; besondere Bedeutung als Aufgaben für die Praxis kommen dabei der Förderung des achtsamen Umgangs mit dem eigenen und fremden Körper, der Sprache und Kommunikation sowie der Ausbildung von Kohärenz bzw. Selbstwirksamkeit zu. Daraus ergeben sich eine Reihe von Herausforderungen, so u. a. für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Ausbildung entsprechender institutioneller Kulturen.
- Die Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung müssen in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe konzeptionell stärker an den unterschiedlichen Verläufen gesundheitlicher Entwicklung und den jeweiligen Ressourcen bei Mädchen und Jungen ausgerichtet werden. Zu beachten sind da-

bei vor allem Genderaspekte und die Bedingungen des Aufwachsens in Armutslagen, mit Migrationshintergründen und mit Behinderung. Entscheidend ist, dass diese Strategien vor allem auf der kommunalen Ebene ansetzen und greifen.

- Angebote für Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern müssen verbessert und die entsprechenden kooperativen Angebote ausgebaut werden.
- Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Im Kompetenzprofil der Fachkräfte muss die Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen höheren Stellenwert erhalten.
- Notwendig ist der flächendeckende Auf- und Ausbau von Netzwerken, in denen die Angebote von Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und der Behindertenhilfe zielgruppenspezifisch gebündelt werden. Das gilt für die frühe Förderung von Familien ebenso wie für die Kindertagesbetreuung, die Schnittstelle zur Schule und inklusive Unterstützungssysteme für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung.
- Notwendig ist eine stärkere fachliche und politische Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Schul- und Jugendalters, beginnend mit dem Schuleintritt.
- Bereits volljährige junge schwangere Frauen, die sich in belastenden, unsicheren Lebenssituationen befinden, bedürfen ergänzend zur medizinischen Schwangerschaftsvorsorge der besonderen Unterstützung – ggf. zusammen mit ihrem Partner. Viele dieser Frauen übernehmen die Verantwortung, ihr Kind alleine zu versorgen und zu erziehen. Sie gehen damit das höchste Armutsrisiko in unserer Gesellschaft ein. Ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden und auch das ihrer Kinder sind häufig in hohem Maße bedroht. Im Interesse der gesunden Entwicklung und zum Schutz des Kindes stellt sich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem eine komplexe Aufgabe: Sie schließt sowohl die berufliche und psychosoziale Förderung der Mütter ein als auch die Entwicklungsförderung der Kinder. Es bedarf der gesetzlichen Regelung, dass diese notwendige Unterstützung zukünftig vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe in verbindlicher Kooperation mit dem Gesundheitssystem regelhaft erbracht werden kann.
- Gefordert wird ein bundesweites Register für Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie ein besseres Gesundheitsmonitoring (u. a. auch auf kommunaler Ebene, das mit der Bildungsplanung und Jugendhilfeplanung gekoppelt ist).
- Unter dem Stichwort „Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel“ fordert die Sachverständigenkommission das Zusammenwirken aller beteiligten Ressorts. Dazu gehört neben der Investition in Bildung und Qualifikation auch die Verbesserung der materiellen Lage armer

Haushalte mit Kindern – unter besonderer Berücksichtigung der sozio-ökonomischen Lage Alleinerziehender, Arbeitsloser und Migrantinnen und Migranten sowie die allgemeine Verbesserung der materiellen Lage von Haushalten mit Kindern.

Um den eigenen Empfehlungen Nachdruck zu verleihen, hat die Sachverständigenkommission schließlich fünf aus ihrer Sicht besonders dringliche Gesundheitsziele für die nächsten fünf Jahre formuliert und sie an überprüfbare Erfolgskriterien gekoppelt. Diese richten sich an alle für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Verantwortlichen:

- **Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern:** Auf- und Ausbau einer flächendeckenden, breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter. *Die Ziele:* die systematische und frühe Förderung der Entwicklung von Kindern und die Reduktion der Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung in den nächsten fünf Jahren.
- **Ernährung und Bewegung:** Kontinuierliche, fachlich qualifizierte Angebote der Bewegungsförderung und kostenfreie, gesunde Verpflegung für alle Heranwachsenden in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schule, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt. *Das Ziel:* In den nächsten fünf Jahren steigt das Übergewicht bei Heranwachsenden nicht weiter an.
- **Sprache/Kommunikation:** Verbesserung der frühen Sprachförderung, mit dem Ziel Sprachkompetenzen zu steigern – insbesondere von Kindern aus belastenden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund. *Das Ziel:* 95 Prozent aller Kinder verfügen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen.
- **Schulbezogene Gesundheitsförderung:** Flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote und Netzwerke der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Heranwachsenden im Schulalter im Rahmen von Maßnahmen und Angeboten schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe. *Das Ziel:* Aufbau von schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung, beginnend mit dem Primarbereich und insbesondere in der schulischen Ganztagsbetreuung, in mindestens 25 Prozent aller Schulen und Schultypen in den nächsten fünf Jahren.
- **Psychosoziale Entwicklung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter:** Umfassendere Unterstützung der psychosozialen Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft. *Die Ziele:* Die psychosozialen Auffälligkeiten von Jugendlichen sind in fünf Jahren um 10 Prozent vermindert. Überprüfung der Auftretenshäufigkeiten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei der nächsten umfassenden Untersuchung (z. B. im Rahmen einer KiGGS-Fortschreibung).

Teil A Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts

1 Einleitung

Im Mittelpunkt des 13. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung stehen Ansätze und Strategien gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Damit werden für die Kinder- und Jugendhilfe zwei Begriffe in den Mittelpunkt gerückt, die zwar in der gesundheitsbezogenen Fachdiskussion weithin bekannt sind, über deren Bedeutung und konzeptionelle Hintergründe in den meisten Feldern der Kinder- und Jugendhilfe bislang allerdings nur vage Vorstellungen vorliegen.

Dies mag insofern erstaunlich erscheinen, als ein Blick zurück zu den Anfängen der beruflichen Fürsorge und Sozialarbeit im deutschen Kaiserreich belegt, dass die Verbesserung der Gesundheit ein wichtiges Anliegen der Praxis war. Unter dem Dach der Gesundheitsfürsorge als einem zentralen Bestandteil der Wohlfahrtspflege wurden so unterschiedliche Aufgaben wie die Krankenpflege und Behindertenfürsorge, die Verbesserung der Hygiene und die Seuchenbekämpfung in den Wohnquartieren, Aufklärung, Vorbeugung und Beratung (z. B. bei der Pflege der Kinder und der Ernährung) zu selbstverständlichen Aspekten der Praxis (z. B. der sog. Wohnungspflegerinnen in Berlin), der Ausbildung, z. B. an den Sozialen Frauenschulen, und der schrittweisen Verberuflichung (vgl. z. B. Sachße 1986; Sachße/Tennstedt 1988; Hering/Münchmeier 2003).

Vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg führten die fortschreitende Ausdifferenzierung der Aufgabengebiete, die Spezialisierung der Tätigkeitsfelder und die Fortschritte in der Forschung von wenigen Ausnahmen abgesehen jedoch zu einer weitgehenden gegenseitigen Abkoppelung der pädagogischen, medizinischen bzw. psychiatrischen und auf Rehabilitation abzielenden Praxisfelder und der dazu gehörenden Diskurse. Zu diesen Ausnahmen gehören vor allem die verschiedenen Formen der Sozialarbeit im Kontext des Gesundheitswesens, also z. B. die Sozialarbeit im Krankenhaus, in der Psychiatrie, Frühförderung, soziale Rehabilitation oder der Pflege. Innerhalb der Sozialen Arbeit förderte die Ausdifferenzierung der Kinder- und Jugendhilfe als einem weitgehend sozialpädagogisch geprägten Praxisfeld diese Entwicklung zusätzlich.

Eine analoge Entwicklung lässt sich für das Medizinsystem beobachten. Dieses hat sich immer weiter ausdifferenziert und in eine kaum überschaubare Anzahl von Subsystemen mit ihren eigenen Fachkulturen ausgebildet. Die fast vollständige Zuordnung der medizinischen Teildisziplinen zu dem naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma hat einerseits zu einer produktiven Forschungslandschaft geführt, aber andererseits für den medizinischen Blick zu einer Entkopplung von körperlichen gegenüber psychosozialen Existenzbedingungen des Menschen geführt. Ein Bewusstsein für die biopsychosoziale Einheit der Gesundheit und Krankheit, wie es noch

Virchow oder *Grotjahn* im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts zeigten, ist dem Medizinsystem zunehmend abhandengekommen (vgl. Göckenjan 1985; Labisch 1991). Die immer wieder unternommenen Versuche einer integrativen Sicht, wie sie in der Sozialmedizin, Medizinsoziologie oder Psychosomatik gestartet wurden, konnten zu keiner Korrektur des medizinischen Mainstreams führen. Dieser wurde durch die Dominanz des medizinischen Versorgungssystems ebenso wie durch seine Ökonomisierung in Gestalt von Gebührenordnungen und anderen finanziellen Steuerungssystemen darin gestützt, die körperliche Sphäre menschlichen Seins von ihren psychosozialen, gesellschaftlichen und materiellen Existenzbedingungen abzutrennen. Trotz gewichtiger evidenzbasierter Gegenpositionen, die vor allem auf die gesundheitsrelevante Bedeutung sozialer Ungleichheit verweisen und die von international renommierten Forschern wie *Marmot* (2004) oder *Wilkinson* (2005; vgl. Marmot/Wilkinson 2005) ausgeführt wurden, haben zwar die gesundheitspolitischen Prioritäten der *Weltgesundheitsorganisation* (2004) und *Europäischen Union* (2007) geprägt, aber sie haben noch zu keiner nachhaltigen Neudefinition der Prioritäten geführt.

Eine starke Ausdifferenzierung, zum Teil verbunden mit gegenseitiger Abschottung der Forschungsfelder und Disziplinen sowie der entsprechenden Praxisangebote lässt sich auch im Bereich der Behindertenhilfe und der Rehabilitation beobachten.

Vor diesen Hintergründen lässt sich der vorliegende Bericht auch als ein Dokument des Bemühens um Wiedernäherung einer lange in Vergessenheit geratenen gemeinsamen Herausforderung von Medizin, Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe begreifen. Wie weitreichend dieses Vergessen war, wurde nicht zuletzt im 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung betont: „Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) hat kein Verhältnis zur Gesundheit. Die Förderung der Gesundheit gehört nach § 2 nicht ausdrücklich zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe; nur die Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist nach § 2 (2) Nummer 5 Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 226f.; vgl. auch Sting 2002, S. 413; Seifert 2007). Die Sachverständigenkommission empfahl damals schon „eine Neuorientierung des KJHG im Sinne einer stärkeren Einbeziehung der Gesundheitsförderung“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 227). Die Bundesregierung unterstützte damals „die Gewichtung, die der Bericht dem körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden als einem umfassenden Verständnis von Gesundheit zumisst, ebenso wie die Auffassung, dass alle Erziehungs- und Bildungsinstitutionen hierzu aktiv beizutragen haben“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 22). Zugleich wies sie allerdings darauf hin, dass die Kritik der Sachverständigenkommission insofern zu wenig differenziert sei, da „die Förderung der Gesundheit bzw. die Aufklärung über Einflüsse, die die Gesundheit gefährden, zu den Aufgaben des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB VIII“ (ebd.) gehören würden.

Man mag darüber streiten, welchen Einfluss die Betonung des Themas Gesundheit und die Forderung, Gesundheitsförderung als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe zu begreifen, im 11. Kinder- und Jugendbericht samt der begleitenden Expertisen (Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht 2002) aufs Ganze gesehen hatten. Immerhin mehren sich in jüngerer Zeit die Anzeichen einer breiteren und intensiveren Beschäftigung mit der Thematik (vgl. z. B. Internationale Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen 2004; JMK 2006; AGJ/BVKJ 2008;), nicht zuletzt motiviert durch die Diskussion um die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der sogenannten frühen Hilfen (vgl. Ziegenhain/Fegert 2007; ebenso: Beschluss der Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder vom 19. Dezember 2007 zum Thema Kinderschutz¹). Hervorzuheben ist schließlich, dass unterhalb der bundesgesetzlichen Vorgaben sich vor allem in den Bildungsplänen der Länder für die Kindertagesbetreuung und in der Praxis zahlreicher Einrichtungen in diesem Feld eine Vielzahl von Hinweisen auf die mittlerweile weithin bestehende Akzeptanz der Thematik finden lassen (vgl. Friederich 2008; Wustmann 2008).

Diese Wiederannäherung der Kinder- und Jugendhilfe an die Gesundheitsthematik beinhaltet allerdings bei genauer Betrachtung zahlreiche Voraussetzungen. Auf der einen Seite verbergen sich hinter den einschlägigen Begriffen vielfältige Diskurse. Gesundheit ist schon immer ein werbewirksamer, normativ hochaufgeladener und von vielen Mythen umrankter Begriff der öffentlichen Debatten. Zugleich werden mit den beiden Begriffen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung umfangreiche, mittlerweile hochgradig ausdifferenzierte Theorie Debatten und Fachdiskussionen sowie langjährige Forschungstraditionen mittransportiert. Auf der anderen Seite mögen zwar die Entwicklungen der letzten Jahre alle in die Richtung weisen, dass der Themenkomplex Gesundheit, gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sich zu einer fachlichen Herausforderung der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt. Der Berichtsauftrag, der dahinter stehende politische Wille und die angedeuteten Entwicklungen in der Kinder- und Jugendhilfe sind jedoch nur die eine Seite. Auf der anderen Seite können die erfolgten Ausdifferenzierungen und Spezialisierungen in allen hier in Rede stehenden Feldern während der letzten 100 Jahre nicht einfach auf die Seite geschoben werden.

Die daraus resultierenden Fragen sind vielfältig. So kann man mit guten Gründen unterstellen, dass für Gesundheit in unserer Gesellschaft vorrangig das Gesundheitssystem, die Gesundheitspolitik und ggf. die Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung zuständig sind. Damit wird aber die Frage nach den Zuständigkeiten, den Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe virulent. Man darf diese Frage nicht unterschätzen, denn

je nach ihrer Beantwortung ergeben sich je unterschiedliche Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Immerhin lautet – zumindest theoretisch denkbar – eine Antwort: Die Kinder- und Jugendhilfe ist die falsche Adresse, wenn es um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter geht.

Die Sachverständigenkommission dieses Berichtes teilt diese Position nicht. Es bedarf allerdings aus ihrer Sicht der Begründung, inwiefern die Kinder- und Jugendhilfe aufgefordert ist, mindestens expliziter als bisher Gesundheit und Gesundheitsförderung zu Bezugspunkten ihres fachlichen Handelns zu machen, und was dies für ihre Praxis und ihre Fachdebatte bedeutet. Genau in diesem Sinne strebt der vorliegende Bericht an, eine Antwort auf jene Frage zu formulieren, die *Sting* bereits 2002 an die Kinder- und Jugendhilfe adressierte: Ausgehend von der Prämisse, dass Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung in der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe liegen, sei aus seiner Sicht noch immer die Frage offen, „in welcher Form sozialpädagogisches Handeln als das spezifisch professionelle Tun in diesem Feld zur Förderung von Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen beitragen kann“ (*Sting* 2002, S. 413). Und weil dazu bisher nur verstreute Bruchstücke vorliegen und man kaum auf etablierte Wissensbestände und ausgereifte Debatten zurückgreifen kann, begibt sich dieser Bericht unvermeidlich an vielen Stellen auf konzeptionelles Neuland.

Wer Neuland betritt, benötigt erfahrungsgemäß ein paar Hilfsmittel, um sich zurechtzufinden – im vorliegenden Fall orientierende Konzepte. Zudem bedarf es der Klärung zentraler Begriffe wie Gesundheit, gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung und der Sortierung der theoretischen Prämissen im Hintergrund. Dies zu leisten, ist Aufgabe dieses ersten Kapitels. Ihm vorgeschaltet ist ein kurzer Abschnitt zum Aufwachsen in der Spätmoderne, der die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen knapp umreißt. Deutlich gemacht werden soll, warum Fragen des Wohlbefindens im Kindes- und Jugendalter heute eine neue Bedeutung gewonnen haben.

2 Aufwachsen in der Spätmoderne

2.1 Kindheit und Jugend in der globalisierten Gesellschaft

In der jüngeren Vergangenheit hat sich eine breite öffentliche Diskussion über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen entwickelt. Seien es die aufgeregten Debatten um die vermeintliche Erziehungskatastrophe (Gaschke 2001) oder in jüngerer Zeit der Frage „Warum unsere Kinder Tyrannen werden“ (Winterhoff 2008), seien es die Diskussionen zum wachsenden Medienkonsum und den Gefahren einiger Computerspiele und des Internets. Wie immer man diese und ähnliche Debatten, die Triftigkeit ihrer Problemdiagnosen und die jeweils vertretenen Positionen einschätzen mag, in jedem Fall sind sie als Hinweise darauf zu verstehen, dass die Bedingungen des Aufwachsens in Deutschland

¹ Quelle: www.fruehehilfen.de/fileadmin/fileadmin-nzfh/pdf/Ergebnis_AGI_Vernetzung.pdf

– und nicht nur dort – im Wandel begriffen sind. Sie sind Ausdruck einer spätestens seit Beginn der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts andauernden Entwicklung, die der Bildungsforscher und Entwicklungspsychologe *Fend* in seinem Buch „Sozialgeschichte des Aufwachsens“ (1988) als zunehmende „Freiheitsgrade des Handelns“ und die „Erweiterung von Möglichkeitsräumen“ charakterisiert: „Erweiterte Möglichkeiten bedeuten aber auch geringere Notwendigkeiten der Einordnung in gegebene Verhältnisse. (...) Damit werden aber Tugenden, mit (unveränderlichen) Umständen leben zu können, weniger funktional und weniger eintrainiert als Tugenden, sich klug entscheiden zu können und Beziehungsverhältnisse aktiv befriedigend zu gestalten“ (Fend 1988, S. 296). Allerdings sind dabei zwei wichtige Aspekte mitzubedenken. Erstens die Freiheitsgewinne sind mit – zum Teil neuen – Risiken verbunden. Und zweitens sind die verfügbaren Möglichkeiten, die Freiheitsgewinne zu nutzen und die Risiken zu bewältigen, ungleich verteilt.

Kinder und Jugendliche wachsen heute in einer Gesellschaft auf, die durch die Pluralisierung der Lebensstile, Werthaltungen und Ziele gekennzeichnet ist und in der sich die sozialstrukturell gegebenen objektiven Lebenschancen höchst unterschiedlich darstellen. Eine solche Gesellschaft eröffnet für die Gestaltung des eigenen Lebens viele Optionen, die allerdings insofern auch mit Risiken verbunden sind, weil sich die Subjekte immer weniger auf vorgegebene Normen, Fahrpläne durch das Leben und Regeln beziehen können. Wer in dieser Gesellschaft zurechtkommen möchte, ist aufgefordert, die Verantwortung für sein Leben in die eigene Hand zu nehmen, also selbst zu entscheiden mit allen damit verbundenen individuellen Chancen und Risiken einerseits und ungleich verteilten objektiven Gestaltungsspielräumen andererseits (Beck 1997; Keupp u. a. 1999).

Der tief greifende soziokulturelle Umbruch zeigt gerade bei Heranwachsenden seine zwei Seiten: Einerseits sind auch schon für Jugendliche die Freiheitsgrade für die Gestaltung der eigenen individuellen Lebensweise sehr hoch. Andererseits gehen diese „Individualisierungschancen“ einher mit einer Lockerung von sozialen und kulturellen Bindungen. Das Aufwachsen unter den Bedingungen dieser spätmodernen Gesellschaft² ist, so gesehen, auch ein Aufwachsen in eine Welt hinein, die zunehmend „unlesbar“ (Sennett 1998) geworden ist, für die bisherige Erfahrungen und das vertraute Begriffsinventar nicht ausreichen, um eine stimmige Interpretation oder eine verlässliche Prognose zu erreichen. Für diese Welt existiert kein Atlas, auf den man einfach zurückgreifen könnte, um Heranwachsenden ihren möglichen Ort und den Weg dorthin erklären zu können. Insofern sind sie in gewisser Weise zunehmend auf sich selbst angewiesen, dadurch tendenziell aber auch von Ungewissheit, Widersprüchlichkeit und Überforderung bedroht.

Die damit verbundenen Anforderungen zur erfolgreichen Lebensbewältigung sowie Lern- und Bildungserwartungen an die Subjekte stellen für alle Kinder und Jugendliche, ihre Familien und ihre pädagogischen Umwelten neue Herausforderungen dar. Dabei ist zu konstatieren, dass aufgrund förderlicher Voraussetzungen und Rahmenbedingungen viele Kinder und Jugendliche in der Lage sind, die Herausforderungen ohne größere Auffälligkeiten zu bewältigen. Es gibt aber auch eine nicht präzise, sondern nur näherungsweise zu beziffernde Zahl von Kindern und Jugendlichen, die die Chancen nicht nutzen können, die an den Risiken scheitern und die überfordert sind. Ein sichtbarer Indikator hierfür ist die seit der ersten *PISA-Studie* sogenannte Risikogruppe, also jenes Fünftel etwa des getesteten Altersjahrganges, das nicht über die in dieser Gesellschaft notwendigen Kernkompetenzen verfügt. Ein zweiter Indikator, der in diesem Bericht eine zentrale Rolle spielt, sind die hohen Anteile sozial auffälliger sowie psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Für Kinder und Jugendliche, die mit Behinderung leben, ergibt sich als „spezifische Belastung“ die große Zurückhaltung, ihnen die Risiken des Heranwachsens gleichermaßen zuzumuten und zuzutrauen.

Die sich in den aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen³ andeutenden widersprüchlichen Tendenzen lassen das „Aufwachsen heute“ (Göppel 2007) zu einer Konstellation „riskanter Chancen“ (Keupp 1988) werden. Es eröffnen sich in diesen Wandlungsprozessen durchaus neue Gestaltungsmöglichkeiten im eigenen Lebensentwurf und in der alltäglichen Lebensführung. Gleichzeitig wachsen aber auch die Risiken des Scheiterns. Denn die Bedingung für eine selbstbestimmte Nutzung dieser Chancen, für die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Handlungsmächtigkeit, setzen Ressourcen voraus, die für viele Heranwachsende nicht erreichbar sind. Die institutionellen Ressourcen aus dem Bildungssystem, der Kinder- und Jugendhilfe- und dem Gesundheitssystem sind in ihrer gegenwärtigen Gestalt aber nur unzureichend in der Lage, die person- und milieugebundenen Ungleichheiten zu kompensieren und Ressourcen so zu fördern, dass von einer Ressourcengerechtigkeit gesprochen werden könnte. Insofern tragen sie ihrerseits unabsichtlich zur Risikohöhen bei.

2.2 Entwicklungsressourcen und Verteilungsgerechtigkeit

Die Suche nach positiven Entwicklungspfaden bei Heranwachsenden geht von der Annahme aus, dass alle Kinder und Jugendlichen prinzipiell über das Potenzial verfügen, sich zu handlungsfähigen Subjekten zu entwickeln, die am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und es mit ihrem Handeln gestalten und verändern können.⁴ *Lerner* (2004) bezeichnet diesen Prozess mit der Metapher des „Thriving“, also als einen Prozess des „Gedeihens“.

² Zu der Beschreibung der Gegenwart als Spätmoderne vgl. Giddens 1992; Keupp/Hohl 2006.

³ Zu den Bedingungen des Aufwachsens heute vgl. auch Bundesjugendkuratorium 2001, Castells 1991.

⁴ Vgl. hierzu die Übersicht von Weichhold/Silbereisen 2007 und Gemeindepädagogen um Cowen, Lorion und Rappaport (vgl. Cicchetti/Rappaport/Sandler/Weissberg 2000).

Diese positive Entwicklung lässt sich allerdings nicht als ein von Natur aus angelegtes Ablaufgeschehen begreifen, in dem sich eine innere Anlage entfaltet, sondern im Zentrum steht ein Modell von Entwicklung, das in einem transaktionalen Sinne als dynamisches Austauschsystem zwischen den heranwachsenden Subjekten und den unterschiedlichen sozialen Systemen (wie Familie, Schule, Peergruppe, Nachbarschaft und Gesamtgesellschaft) verstanden wird. *Lerner, Alberts und Bobek* (2007) formulieren den Kern ihrer Überlegungen zur positiven Entwicklung in der folgenden Frage: „Wie verbringen Menschen die ersten beiden Lebensjahrzehnte, um zu jungen Erwachsenen heranzuwachsen, die sich intellektuell, sozial und beruflich kompetent verhalten und überzeugt sind, Teil eines fürsorgenden Gemeinwesens zu sein, das produktive und wertgeschätzte Beiträge zur Qualität von Familien- und gesellschaftlichem Leben leisten kann?“ (S. 10). Es wird an solchen Formulierungen deutlich, dass diese nicht nur wissens-, sondern auch wertebasiert sind. Das erschließt sich noch mehr in weiteren basalen Fragen, die *Lerner u. a.* stellen: „Wie können wir jungen Menschen die Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die sie brauchen, um zu gedeihen, d. h. um ein erfolgreiches Leben zu führen und durch ihre Erwerbstätigkeit und erfolgreiches Unternehmertum einen Beitrag für die demokratische Gesellschaft in einer flachen Welt (...) zu leisten? Wie können wir gewährleisten, dass sie zu aktiven und positiven Bürgern heranwachsen, die sich gesellschaftlich engagieren und einen wertgeschätzten gesellschaftlichen Beitrag leisten?“ (ebd.). Mit dem Konzept der „flachen Welt“ von *Friedman* (2006) nehmen die Autoren auf Herausforderungen einer globalisierten Welt Bezug, die von Heranwachsenden spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten verlangen, die *Lerner* und sein Team als die 5 C (vgl. Abb. 2.1) der positiven Entwicklung bezeichnen. Von *Roth und Brooks-Gunn* (2003a) wurden sie so zusammengefasst:

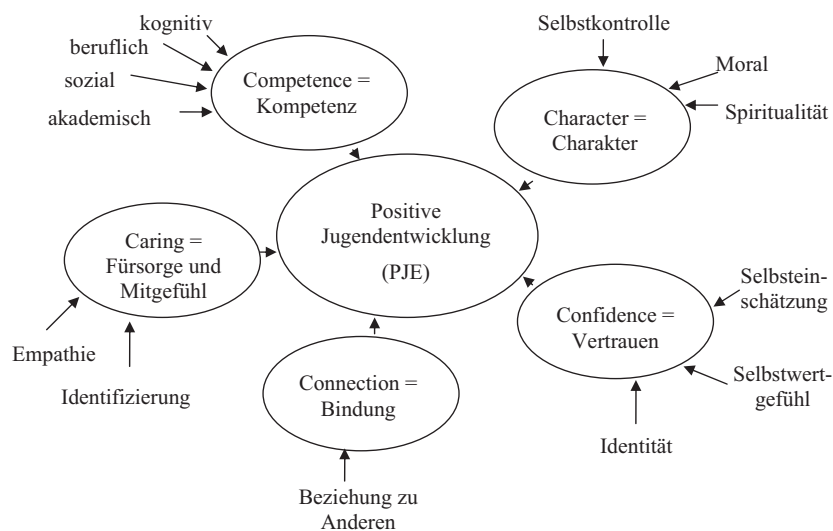
Die „5 C“ der positiven Entwicklung (vgl. Abb. 2.1)

„Die Förderung von Kompetenz, dem ersten C, zielt u. a. auf die Verbesserung der sozialen, schulischen, kognitiven und beruflichen Kompetenzen der Teilnehmer. Soziale Kompetenz umfasst interpersonale Fähigkeiten wie Kommunikationsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Ablehnung und Widerstand und die Fähigkeit zur Lösung von Konflikten. Kognitive Kompetenz beschreibt kognitive Fähigkeiten, einschließlich logisches und analytisches Denken, Problemlösungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, planvolles Handeln und die Fähigkeit, Ziele zu setzen. Schulnoten, Anwesenheit, Prüfungsergebnisse und Schulabschlussquoten fallen unter die schulische (akademische) Kompetenz. Berufliche Kompetenz meint Arbeitseinstellungen und Berufswahlorientierungen.

Die Förderung des Vertrauens von jungen Menschen, das zweite C, beinhaltet Ziele in Bezug auf die Erhöhung des Selbstwertgefühls, der Selbsteinschätzung, des Selbstvertrauens, der Identität und des Glaubens an die Zukunft der Jugendlichen. Die Anregung und Unterstützung von sozialen Bindungen, das dritte C, umfasst den Aufbau und die Stärkung von Beziehungen eines Jugendlichen zu anderen Menschen und Institutionen wie der Schule. Das vierte C – Charakter – lässt sich am schwierigsten definieren. Programmatische Ziele wie die Erhöhung der Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung, die Verminderung von gesundheitsschädigendem (Problem-)Verhalten, die Achtung von kulturellen und gesellschaftlichen Regeln und Normen sowie Gerechtigkeitssinn (Moral) und Spiritualität beschreiben die Charakterkomponente. Die Entwicklung von Fürsorge und Mitgefühl, das fünfte C, zielt auf die Erhöhung der Empathiefähigkeit von Jugendlichen und ihrer Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen“ (Roth/Brooks-Gunn 2003b, S. 205).

Abbildung 2.1

Positive Jugendentwicklung (PJE) umfasst „5 C“



Quelle: Lerner/Alberts/Bobek 2007 (Chartbook), S. 2

Im Sinne der transaktionalen Entwicklungsperspektive ist das Erreichen solcher Zielbestimmungen einer positiven Entwicklung als ein Zusammenwirken individueller Ressourcen und gesellschaftlichen Kontextbedingungen zu verstehen, die die Zielerreichung unterstützen und fördern. Sie bilden den Pool von 40 Entwicklungsressourcen, 20 internalen und 20 externalen (Developmental Assets, vgl. Lerner/Benson 2004), die allen Heranwachsenden zugänglich sein sollten.

Externale Entwicklungsressourcen

Unterstützung: Alle Heranwachsenden brauchen die Erfahrung der Unterstützung, Sorge und Liebe durch ihre Familien und viele andere. Sie brauchen Organisationen und Institutionen, die positive, unterstützende Umwelten schaffen.

- Empowerment: Alle Heranwachsenden brauchen die Wertschätzung der Gesellschaft und brauchen Gelegenheiten, sinnvolle Rollen einzunehmen und andere Personen zu unterstützen. Dafür müssen sie sich zu Hause, in der Schule und der Nachbarschaft sicher fühlen.
- Grenzen und Erwartungen: Alle Heranwachsenden müssen wissen, was von ihnen in der Familie, der Schule, der Nachbarschaft und von Erwachsenen erwartet wird und ob sich ihre Handlungen in den gesellschaftlichen Grenzen bewegen.
- Konstruktive Nutzung der Zeit: Alle Heranwachsenden brauchen konstruktive und bereichernde Gelegenheiten für ihr persönliches Wachstum durch kreatives Handeln, Programme für jugendliche Engagements.

Internale Entwicklungsressourcen

- Lernbereitschaft: Alle Heranwachsenden müssen eine Bereitschaft zu lebenslanger Bildung entwickeln.
- Positive Werte: Alle Heranwachsenden müssen starke Werte wie Hilfsbereitschaft, Gleichheit und Gerechtigkeit, Verantwortlichkeit, Ehrlichkeit entwickeln, die ihr Handeln bestimmen.
- Soziale Kompetenzen: Alle Heranwachsenden brauchen Fähigkeiten, für sich Entscheidungen zu treffen, Beziehungen aufzunehmen, Konflikte auszutragen, widerstandsfähig gegen Gruppenzwänge zu sein und mit kultureller Differenz umgehen zu können.
- Positive Identität: Alle Heranwachsenden brauchen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit, des Selbstwertes, der Sinnhaftigkeit und einer positiven Zukunft.⁵

Im Zusammenwirken dieser inneren und äußeren Ressourcen entsteht – wie die Modellabbildung zeigt – der Nährboden für eine förderliche Entwicklung von Heranwachsenden. Eine Reihe von empirischen Studien

(Scales/Benson/Leffert 2000; Scales, Benson/Mannes 2006) zeigen, dass die psychische Gesundheit in hohem Maße von dem Zugang zu den unterschiedlichen internalen und externalen Entwicklungsressourcen abhängt, und umgekehrt, dass bei unterschiedlichen psychosozialen Problemen wie Suizid, Depression, Drogenabhängigkeit und Gewaltbereitschaft eine „Unterversorgung“ mit diesen Ressourcen vorliegt.

Chancen(un)gleichheit

Die in der Einleitung bewusst gewählte Formulierung, dass es in diesem Bericht um die Gesundheitsförderung *aller* Kinder und Jugendlicher gehen solle, verweist auf die Einsicht, dass Heranwachsende in ihren Lebenskontexten sehr ungleiche Voraussetzungen und Chancen für ein gesundes Leben vorfinden. Daher muss eine Auseinandersetzung mit Konzepten von Gesundheitsförderung immer im Blick haben, wie diese Konzepte den Unterschieden zwischen ihren Adressatinnen und Adressaten gerecht werden können.

Diese Einsicht ist an sich nicht neu, allerdings wird ihre Umsetzung in jüngerer Zeit wieder systematischer eingefordert und zugleich ist die Auseinandersetzung mit den Themen Differenz und Heterogenität kritischer und vielschichtiger geworden.

Aus dem Bewusstsein für ungleiche Chancen und Risiken waren bereits seit den 1970er-Jahren Konzepte der Frauen- und Mädchenarbeit, der Familienberatung mit „Unterschichtsfamilien“ oder der „Ausländerpädagogik“ entwickelt worden. Analog dazu wurden in der empirischen Sozialforschung Geschlecht, Sozialstatus, Nationalität zunehmend häufiger erhoben, um in der Auswertung bestimmte Zusammenhänge sichtbar machen zu können. Die Frage nach der Unterschiedlichkeit wurde somit in der Forschung durch die genannte Kategorienbildung und in der Praxis durch zielgruppenspezifische Konzepte beantwortet.

Ebenfalls in den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts entfaltete sich auf der Basis sozialepidemiologischer Daten, die einen klaren Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Erkrankungsrisiko zeigten (vgl. Keupp 1974), eine intensive gesundheitspolitische Reformdiskussion. Es war von der „gesundheitspolitischen Hypothek der Klassengesellschaft“ die Rede (v. Ferber 1971). Dieses geschärfte Bewusstsein für die gesundheitlichen Folgen von Armut und sozialer Ungleichheit ist im Gefolge der weiteren wohlfahrtsstaatlichen Modernisierung zunächst zunehmend verblasst. Im neuen Jahrhundert hat sich diese Situation aber entscheidend verändert. Da Ungleichheiten wachsen und Maßnahmen sozialpolitischer Gegensteuerung zurückgenommen wurden, erfährt das Thema gesundheitliche Ungleichheit eine neue und notwendige Konjunktur. Das gilt für die internationale Forschungslandschaft (vgl. zusammenfassend Mirowsky/Ross 2003, Cockerham 2007) und zunehmend auch für die deutschsprachige Gesundheitsforschung.⁶

⁵ Quelle: Synopse der 40 Entwicklungsressourcen nach Lerner/Benson 2004.

⁶ Vgl. Keupp 2007; Mielck 2000; Mielck/Bloomfield 2001; Richter/Hurrelmann 2006; Richter/Hurrelmann/Klocke u. a. 2008; Dragano/Lampert/Siegrist 2008.

Das *Robert-Koch-Institut* (RKI 2001; 2003; 2005 a/b) hat sich durch mehrere Publikationen intensiv um die Dokumentation der Befunde zu den gesundheitlichen Folgen von Armutserfahrungen bemüht. Und nicht zuletzt hat jüngst der vom RKI koordinierte *Kinder- und Jugendgesundheitssurvey*, die sogenannte KiGGS-Studie, dieses Thema auf aktuellem Datenniveau in seiner Relevanz unterstrichen (vgl. RKI 2007).

Das *Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation* für Europa hat in seiner Publikation „Solid Facts“⁷ auf die Bedeutung der gerechten Verteilung von gesundheitsrelevanten Ressourcen hingewiesen. „Die Benachteiligung kann unterschiedlichste Formen annehmen, sie kann außerdem absolut oder relativ sein. Das bedeutet beispielsweise, dass keine starken Familienbande bestehen, dass man eine schlechtere Schulbildung mit auf den Weg bekommt, dass man in einer beruflichen Sackgasse steckt oder der Arbeitsplatz nicht gesichert ist, dass man keine anständige Wohnunterkunft hat und seine Kinder unter schwierigen Umständen großziehen muss. Alle diese unterschiedlichen Formen von Benachteiligung betreffen tendenziell immer die gleichen Menschen und haben kumulative Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand. Je länger die Menschen unter belastenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben müssen, umso stärker machen sich körperliche Verschleißerscheinungen bemerkbar und umso unwahrscheinlicher wird es, dass sie ihre alten Tage gesund erleben können“ (WHO 2004, S. 10).⁸

Die WHO-Autoren betonen auch die biografische Akkumulation von Benachteiligungen: „Der Mensch durchläuft in seinem Leben viele entscheidende Phasen: gefühlsmäßige und materielle Veränderungen in der frühen Kindheit, den Schritt von der Schule zur weiterführenden Ausbildung, den Eintritt ins Arbeitsleben, das Verlassen des Elternhauses, die Gründung einer eigenen Familie, den Wechsel und möglichen Verlust des Arbeitsplatzes und schließlich das Rentnerdasein. Alle diese Veränderungen können gesundheitliche Auswirkungen haben, ob positive oder negative, das hängt davon ab, ob die Menschen einen Weg einschlagen, auf dem sie sozialer Benachteiligung ausgesetzt sind“ (ebd., S. 11). Bei jedem weiteren biografischen Einschnitt und Übergang sind Menschen, die einmal benachteiligt wurden, am stärksten gefährdet.

Der kumulative Effekt von benachteiligenden Lebensbedingungen wird bei Heranwachsenden mit Armutshintergrund deutlich. Einen guten Indikator zumindest für drohende Armutslagen bieten die Sozialhilfedaten. Hier zeigt sich, dass vor allem Kinder und Jugendliche selbst mit wachsender Tendenz Sozialhilfeempfänger werden und damit Armutskarrieren gebahnt werden. Wichtig erscheint dabei die häufig gegebene Kombination von mangelndem Zugang zu Bildungskapital und materiellem

Kapital, die – ganz im Sinne von *Bourdieu* (1982) – eine fatale Koalition im Sinne einer doppelten Benachteiligung bilden. Und diese verschärft sich noch, wenn man den Mangel an sozialem Kapital und damit an Bewältigungsressourcen berücksichtigt, der bei Heranwachsenden in Armutslagen nachgewiesen ist. In dieser Kumulation von Benachteiligungen liegen die Ursachen für einen Mangel an sozialer Integration, für einen Mangel an gesellschaftlicher Teilhabe und das Grundgefühl, von den gesellschaftlichen Chancen ausgeschlossen zu sein. „Ausgrenzung“ (Exklusion) und „Teilhabe“ (Inklusion) sind in der Debatte um soziale Ungleichheit zu Schlüsselbegriffen geworden (vgl. Luhmann 1999). Einbezogen sind hiermit Teilhaberechte und deren Realisierungschancen. Dies bezieht die Folgen von Arbeitslosigkeit und Armut für den gesellschaftlichen Zusammenhalt ein, meint aber ebenso Gesundheitssysteme, Bildungschancen und die Freizeitgestaltung ohne Barrieren bei Behinderung (vgl. Böhnke 2005; Kronauer 2002; Callies 2004; Bude 2008; Bude/Willisch 2007; Wansing 2005; Wacker 2008a).

Nicht alle Bevölkerungsschichten sind gleichermaßen vom Risiko sozialer Ausgrenzung betroffen. Langzeitarbeitslosigkeit und Armut, insbesondere wenn sie von Dauer ist, gehen mit einer deutlichen Verschlechterung von Teilhabemöglichkeiten einher. Neben einem fehlenden Berufsabschluss und niedrigem Bildungsniveau sind auch unsichere Beschäftigung, Krankheit, Migrationshintergrund und Behinderung Faktoren, die Erfahrungen von Marginalisierung mit sich bringen und verstärken. Die Einschätzung, außen vor zu sein, beruht auf Lebenssituationen, die neben starker materieller Benachteiligung Identitätsverlust und mangelnde Wertschätzung mit sich bringen. Heranwachsende, die in einer Familie mit einem solchen Exklusionsrisiko bzw. einer dauerhaften Exklusionserfahrung aufwachsen, sind gefährdet, dieses „soziale Erbe“ anzutreten.

Es geht darum, Ungleichheit mehrdimensional zu begreifen und nicht allein auf Armut zu reduzieren. Es geht um die zivilgesellschaftliche Vorstellung von sozialer Zugehörigkeit, Anerkennung und sozialen Rechten.

Die Ursachen für ungleiche Verteilung von Gesundheit werden in der Regel im Zugang zum Gesundheitswesen, im Krankheits- und Gesundheitsverhalten und im Lebensumfeld gesehen. Damit sind zweifellos wichtige verursachende Faktoren benannt. Der englische Gesundheitsforscher *Wilkinson* (2001) hat mit einer gut belegten These Aufsehen erregt und eine intensive fachliche Diskussion ausgelöst: „Unter den entwickelten Ländern weisen nicht die reichsten den besten Gesundheitszustand auf, sondern jene, in denen die Einkommensunterschiede zwischen Reich und Arm am geringsten sind“ (S. XIX). *Wilkinson* fragt sich, warum die Niederlande, Deutschland oder Österreich die gleiche durchschnittliche Lebenserwartung haben wie etwa Costa Rica oder Kuba, obwohl deren Pro-Kopf-Einkommen nur etwa ein Zehntel des Pro-Kopf-Einkommens der reichen Länder beträgt. Er kommt zu der Antwort, dass es nicht um einen objektiven materiellen Standard geht, sondern um die Verteilungsgerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft. Japan hat

⁷ In deutscher Sprache 2004 unter dem Titel „Soziale Determinanten von Gesundheit – Die Fakten“.

⁸ Verantwortlich für diese Publikation sind Marmot (2004) und Wilkinson (2005).

z. B. die geringsten Einkommensunterschiede und gleichzeitig die höchste Lebenserwartung. In Ländern wie England oder auch Deutschland ist zwar in den letzten Jahrzehnten der Lebensstandard gewachsen, aber gleichzeitig hat sich auch die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter geöffnet. Die skandinavischen Länder zeigen sehr viel geringere Unterschiede zwischen Arm und Reich als England und Wales, während dort die Sterbeziffern erhebliche Schichtunterschiede aufweisen. Die Gruppen mit der höchsten Sterblichkeit in Schweden weisen geringere Sterberaten auf als die höchste soziale Schicht in England und Wales.

Wilkinson argumentiert darüber hinaus, dass „gesunde, egalitäre Gesellschaften über einen größeren sozialen Zusammenhalt (verfügen). Das gemeinschaftliche Leben ist stärker ausgeprägt und nicht so leicht zu erschüttern. (...) Größere Ungleichheit bedeutet eine psychologische Last, die das Wohlbefinden der gesamten Gesellschaft beeinträchtigt. Aus den Verbreitungsmustern der modernen Krankheiten geht hervor, dass der entscheidende Punkt in diesem Zusammenhang nicht mehr länger der materielle Lebensstandard ist. Heute geht es vielmehr um die psychosoziale Lebensqualität, die durch materielle Gleichheit unterstützt werden muss“ (S. XIX). Eine in materielle Unterschiede zerfallende Gesellschaft verliert – so die These – ihren inneren Zusammenhalt, ihr „soziales Kapital“, ihre Solidaritätsressourcen, die eine entscheidende Voraussetzung für die individuelle Lebensbewältigung darstellen.

Die Datenlage zum Zusammenhang von materieller Armut, sozialer Exklusion und gesellschaftlichen Gerechtigkeitsdefiziten einerseits und gesundheitlichen Einschränkungen andererseits ist so aussagekräftig, dass sich an dieser Stelle für den vorliegenden Bericht ein besonderer Schwerpunkt ergibt.

Neben der materiellen Ungleichheit gibt es weitere gesundheitsrelevante Ungleichheitsrelationen, die in den Blick genommen werden müssen: Geschlechter- und migrationsbezogene und behinderungsbedingte Unterschiede, aber auch bildende, unterstützende oder therapeutische Orte – wie Schule oder Heime – können „ungesunde“ Wirkungen entfalten. Allerdings ist ein differenzierter Umgang mit den dadurch erfolgten Kategorisierungen erforderlich.

In der jüngeren Diskussion um Heterogenität oder Diversität werden deshalb derartige Kategorisierungen und Zuordnungen zunehmend einer kritischen Überprüfung unterzogen: Für die Praxis wird beispielsweise kritisiert, dass der zielgruppenspezifische Ansatz auf der Annahme homogener Gruppen mit bestimmten Merkmalen, meist Defiziten, basiere; dies gilt insbesondere auch für Menschen mit Behinderung (Wacker 2008b). Sowohl die Unterstellung von Homogenität als auch die Defizitorientierung würden dazu führen, dass die psychosoziale Praxis zur Verfestigung von Zuschreibungen und Stereotypen beitrage, die gerade Teil des Problems sind. Analog gilt dies für die Tendenz in der Forschung, durch Gruppenvergleiche vorschnelle Schlüsse zu ziehen und so beispielsweise soziale Probleme zu kulturalisieren bzw. zu ethnisieren.

Für die Darstellung relevanter aktueller Forschungsergebnisse in diesem Bericht war es in vielen Teilen möglich, auf differenzierende Daten zurückzugreifen. Zugleich galt es, eine wachsende Vorsicht bei den Kriterien der Zuordnung walten zu lassen. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der ethnischen Zugehörigkeit: Diese wurde lange Zeit über „nichtdeutsche Staatsangehörigkeit“ gemessen, inzwischen gibt es sehr verschiedene Versuche, stattdessen den „Migrationshintergrund“ einer Person zu erfassen. In der *KiGGS-Studie* etwa wurde die „zu Hause gesprochene Sprache“ als ein Kriterium für die Relevanz von Migrationshintergrund verwendet. Auch diese globale Kategorie wird vielfach problematisiert, da sie wiederum eine sehr heterogene Gruppe mit völlig unterschiedlichen Lebenskontexten umfasse (vgl. z. B. Sinus-Sociovision 2007). Für die Bewertung der KiGGS-Daten etwa wurde mit Recht darauf hingewiesen, dass auch die Zuordnung zu einem Herkunftsland zu wenig differenziert. Migrantinnen und Migranten aus dem gleichen Herkunftsland können in Berlin, München oder Dortmund unter sehr unterschiedlichen Bedingungen leben (ethnische Segregation/Communities, lokale Integrationspolitik, Vorgeschiede der Gruppe an dem Ort). Viele der in solchen Untersuchungen interessierenden Phänomene scheinen stärker vom regionalen Kontext bedingt zu sein, als dies bisher untersucht wird (vgl. Gavranidou 2008b).

Darüber hinaus gibt es inzwischen verstärkt Anstrengungen, Zuordnungen nicht nur von außen vorzunehmen, sondern auch Selbstdefinitionen, d. h. subjektive Zugehörigkeiten, zu untersuchen. So fokussiert etwa eine Untersuchung von *Bude* und *Lantermann* (2006) auf den Unterschied zwischen objektiver sozialer Exklusion und subjektivem Exklusionsempfinden. *Weiß* und *Diefenbach* (2008) diskutieren in ihrer Expertise zur Integrationsberichterstattung u. a. verschiedene Möglichkeiten, die subjektive ethnische Zugehörigkeit und Diskriminierungserfahrung zu erfragen. Auch neuere Analysen zum Leben von Menschen mit Behinderung nehmen deren Behindierungserfahrung in den Blick (Schäfers 2008).

Es ist noch nicht abzusehen, ob die skizzierten Entwicklungen wirklich einen längerfristigen Trend zu einer differenzierteren Forschung markieren. Festzuhalten bleibt, dass die kritische Auseinandersetzung mit vorschnellen Zuschreibungen und (ethnisierenden und anderen stereotypisierenden) Interpretationen an Bedeutung gewinnt und dabei immer häufiger artikuliert wird, dass viele Zusammenhänge in diesem Feld noch nicht untersucht und verstanden sind (vgl. Bundesjugendkuratorium 2005, 2008; Melter 2006; Geisen/Riegel 2007; Gavranidou 2008a; RKI 2008b).

In der Praxis können ähnliche Entwicklungen beobachtet werden. Paradigmatisch ist hier die Diskussion um Geschlechtersensibilität. Schon seit Längerem wird in der feministischen Debatte anerkannt, dass die Unterschiede zwischen Frauen bisweilen entscheidender sein können als die Gemeinsamkeiten und dass verschiedene Diskriminierungserfahrungen sich überlagern (Intersektionalität): Eine schwarze Frau teilt mit einem schwarzen Mann in Deutschland die alltägliche Konfrontation mit Rassismus, die eine weiße Frau nicht kennt; zugleich kann eine schwarze Studentin in Frankfurt wesentlich mehr Teilha-

bechancen haben als eine weiße Rollstuhlfahrerin in einem Dorf. Neben zielgruppenspezifische Ansätze treten daher zunehmend diversitätsorientierte, die alle möglichen Arten von Unterschieden systematisch zu berücksichtigen versuchen. Außer „Race, Class, Gender“ werden hier Behinderung, Generation, Kohorte, sexuelle Orientierung und andere Zugehörigkeiten zu Minderheiten genannt. Die Leitidee solcher diversitätsorientierter Ansätze ist, dass (im Idealfall) alle Maßnahmen und Konzepte daraufhin überprüft werden, ob sie der gesamten Zielgruppe – also etwa der Bevölkerung eines Stadtteils – in all ihrer Vielfalt gerecht werden, wie etwa im Integrationskonzept der Stadt Wien (Struppe 2008). Analog zum Gender-Mainstreaming wird in diesem Zusammenhang dann die Einführung von diversitätsorientiertem oder Cultural-Mainstreaming diskutiert. Die Diskussion hierzu steht jedoch noch relativ am Anfang. Verbreiteter sind im Moment in der Praxis diejenigen Ansätze, die mit dem Begriff der „Interkulturellen Öffnung“ arbeiten. Auch hier ist die Leitidee, die Zielgruppe psychosozialer Angebote besser zu erreichen. Allerdings liegt der Fokus hier meist auf der „kulturellen Vielfalt“, wobei es unterschiedliche Versuche gibt, den Diversity-Gedanken zu integrieren (Waldschmidt/Schneider 2007).

All diese Bemühungen um Differenzierung in den verschiedenen Forschungs- und Praxisfeldern stoßen auf eine systematische Schwierigkeit: Abstrakt lässt sich eine unendliche Vielfalt anerkennen, die Umsetzung kommt aber an der Benennung konkreter Phänomene nicht vorbei. So impliziert etwa die Benennung „typischer Gesundheitsrisiken von ...“ und daraus abgeleiteter spezifischer Bedürfnisse die genannte, vereinfachende Konstruktion homogener Gruppen. Dennoch stellt es für einen großen Teil der Mitglieder solcher Gruppen in der Regel vermutlich einen Fortschritt dar, wenn spezifische Risiken erkannt werden. Dieses „Dilemma der Differenz“ wird von Akteuren, die eine Verbesserung der Praxis anstreben, zunehmend gesehen. Es lässt sich nicht auflösen, es kann und muss jedoch immer wieder berücksichtigt werden, dass jede Zuordnung spezifische Vor- und Nachteile mit sich bringt, die gegeneinander abgewogen werden sollten. Konkret werden u. a. folgende Anforderungen an eine in dieser Hinsicht sensible Forschung und Praxis formuliert:

- Für die Forschung gilt der Hinweis, die Kriterien der Zuordnung so transparent wie möglich in ihren Vor- und Nachteilen zu diskutieren, die Zuordnungskriterien kontinuierlich zu überprüfen und der jeweiligen Fragestellung anzupassen (vgl. Diefenbach/Weiß 2006).
- Für Forschung und Praxis gilt die Aufforderung, typische „Problemstellungen“ statt Gruppenzugehörigkeiten in den Vordergrund zu rücken; so ist dann z. B. von Problemen zu sprechen, die in einer Gruppe häufig vorkommen, aber nicht ursächlich mit der Gruppenzugehörigkeit zusammenhängen müssen (vgl. Bundesjugendkuratorium (BJK) 2008).

Entsprechend dem hier skizzierten Stand der Diskussion wird Heterogenität auch im vorliegenden Kapitel als Querschnittsthema behandelt. Das bedeutet, dass es kein Sonderkapitel über Gender, Armut, Migration und Behin-

derung gibt. Stattdessen werden an verschiedenen Stellen einzelne Konzepte exemplarisch daraufhin befragt, inwiefern sie an Diversitätsorientierung im Allgemeinen und Migrations-, Armuts- oder Geschlechtersensibilität im Speziellen anschlussfähig sind.

3 Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte

3.1 Begriffsklärungen

Die im Auftrag für diesen Bericht in den Mittelpunkt gerückten Begriffe gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung lenken den Blick auf zwei unterschiedliche Aufgabenstellungen, die jedoch beide das gleiche Ziel, nämlich die Verbesserung der Gesundheit zu erreichen versuchen, dies jedoch auf unterschiedliche Weise verfolgen. Die gesundheitsbezogene Prävention bemüht sich um eine nachhaltige Reduktion von Belastungen, und der Gesundheitsförderung geht es um die Verbesserung der Ausstattung mit Bewältigungsressourcen. Diese beiden Ansätze stehen in einem Ergänzungs- und nicht in einem Ausschließungsverhältnis zueinander (Hurrelmann/Laaser 2006).

3.1.1 Gesundheitsbezogene Prävention

Prävention im Kontext der Diskussion um Gesundheit zielt darauf, „bekannte Risiken zu vermeiden oder abzubauen, um damit spezifische Krankheiten zu verhindern“ (Faltermaier 2005, S. 299). Sie zielt also vorrangig auf die Vermeidung von Krankheiten und gesundheitlichen Belastungen. Weil Prävention dabei auf unterschiedliche Aspekte bezogen werden kann, gibt es mittlerweile ein breites Spektrum an Varianten.

Am bekanntesten dürfte die von *Caplan* (1964) eingeführte klassische Aufteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention sein, die sich an unterscheidbaren Etappen einer „Krankheitskarriere“ ausrichtet. Primäre Prävention in diesem Sinne soll ganz allgemein und im Vorfeld, also bevor Krankheitssymptome sichtbar werden oder Gefährdungslagen sich zuspitzen könnten, das Auftreten von Krankheiten und Störungen verhindern. Primäre Prävention in diesem weiten Sinn bezieht sich jedoch nicht nur auf die Vorbeugung konkreter Krankheiten, sondern auch auf die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen oder Verhältnisse in Familie, Kommune, Bildungs-, Arbeits- und Freizeiteinrichtungen. Bei der primären Prävention werden daher besonders viele Schnittstellen zur Gesundheitsförderung sichtbar – wobei zu diskutieren wäre, ob dieses weite Begriffsverständnis von Prävention nicht Gefahr läuft, seine Konturen und Inhalte zu verlieren.⁹

Spezifische Interventionen werden als sekundäre Prävention bezeichnet, wenn sie auf erste Symptomaten, Risikoindikatoren bzw. sich abzeichnende Gefährdungslagen antworten. Es bedarf also einerseits entsprechender Hinweise oder belastender Bedingungen, die für eine dro-

⁹ Vgl. für den Bereich der Kriminalprävention Lüders 2000; Deutscher Bundestag 2002, 239; für den Bereich der Gewaltprävention: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention 2007, S. 22 ff.

hende bzw. sich abzeichnende gesundheitliche Belastung sprechen; andererseits müssen diese so frühzeitig vorliegen, dass die Intervention noch in der Lage ist, nicht nur zu heilen, sondern die gesundheitlichen Belastungen zu verhindern oder mindestens zu mildern. Derartige Konstellationen markieren den eigentlichen Zuständigkeitsbereich von gesundheitsbezogener Prävention und gerade in diesem Feld haben präventive Strategien große Erfolge erzielt.

Tertiäre Prävention fasst Maßnahmen zusammen, die Folgeprobleme oder Chronifizierungen¹⁰ von Krankheiten oder Störungen verhindern sollen (Naidoo/Wills 2003, S. 90; Röhrle 2008, S. 17; Homfeldt/Sting 2006, S. 159). Prävention in diesem Sinne setzt also nach der Erkrankung bzw. der Sichtbarwerdung von Belastungen ein und zielt darauf, entweder das Wiederauftreten oder die Verstärkung zu vermeiden bzw. die Folgen zu mildern. Allerdings ist wiederholt angemerkt worden, dass auch diese Verwendung des Präventionsbegriffs dazu tendiert, in die Irre zu führen, weil die Intervention erst nach dem Auftreten der Probleme einsetzt. Eine derartige Ausweitung des Präventionsverständnisses läuft Gefahr, dass der Begriff beliebig – und im Übrigen unter bestimmten Bedingungen zynisch wird (z. B. geschlossene Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe als Prävention).

Diese Unterteilung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, die letztlich auch Maßnahmen, die eine Verschlechterung des Krankheitszustandes verhindern sollen (tertiäre Prävention), einbezieht, ist mittlerweile, man muss fast sagen bedauerlicherweise weit verbreitet. Mit guten Gründen wurde vielfach die in ihr angelegte Überdehnung des Präventionsbegriffes kritisiert. Bemängelt wurde, dass in diesen Konstellationen die Interventionen auf bereits eingetretene Probleme reagieren und man von Prävention nur insofern sprechen könnte, als sie möglicherweise eine zukünftige Verschärfung oder das spätere Wiederauftreten der Problematiken vermeiden würden. Eine Folge dieser Kritik war, dass vielen allein sogenannte primär präventiv angelegte Ansätze als die erstrebenswerte Form von Prävention erschienen, was aber wiederum Probleme an anderer Stelle erzeugte. Denn allzu häufig wurde nun von primärer Prävention gesprochen, ohne dass ausgewiesen werden konnte, was genau wie vermieden werden sollte. Plötzlich mutierten allgemeine sozialpolitische Maßnahmen und Bildungsangebote zu Präventivangeboten, wobei nicht selten das Problem, das vermieden werden sollte, austauschbar erschien: Mal war es Suchtverhalten, dann allgemein Delinquenz im Jugendalter, etwas später Gewalt im Jugendalter, zwischendurch Schulversagen, aktuell vor allem Adipositas und Bewegungsarmut.

Um diese Begriffsentgrenzung zu vermeiden, wird im vorliegenden Bericht der Präventionsbegriff nur in der engen Bedeutung des Wortes verwendet. Mit gesundheitsbezogener Prävention werden hier alle Formen von Praxishandeln bezeichnet, die auf die Vermeidung bzw. frühzeitige Linderung gesundheitlicher Belastungen bzw. Krankheiten abzielen. Entscheidend dabei ist, dass es einen mindestens mittelbaren bzw. begründbaren und nach-

vollziehbaren Zusammenhang zwischen dem praktischen Handeln und dem anvisierten Ziel der Vermeidung gesundheitlicher Belastungen gibt.

Präventionsansätze in diesem Sinne können spezifischer oder unspezifischer Natur sein. Deutlich gemacht werden soll damit, dass auf der einen Seite bei einigen Krankheiten eine bekannte Ursache (ein Erreger, Schadstoffe oder bestimmte Verhaltensweisen) durch gezielte Maßnahmen ausgeschaltet oder kontrolliert werden kann und sollte, und dass auf der anderen Seite durch unspezifische Veränderungen, z. B. in den Lern- oder den Arbeitsbedingungen, die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten und Belastungen verringert werden kann.

Auf dieser Unterscheidung aufbauend wurde vorgeschlagen, die Trennung zwischen universaler, selektiver und indizierter Prävention (Gordon 1983) vorzunehmen. Die universale Prävention zielt auf die Gesamtbevölkerung und soll die Inzidenz¹¹ von Krankheiten oder Störungen reduzieren. Beispiele hierfür wären Schulprogramme, Massenmedienkampagnen, Reihenimpfungen u. Ä. Die selektive Prävention ist auf spezifische Risikogruppen gerichtet und soll bei diesen die Inzidenz gezielt verringern. Ausgehend von bekannten bzw. gut belegten Risikofaktoren bzw. -bedingungen zielen die jeweiligen Angebote auf die Vermeidung bzw. Verringerung der Risiken und der Auftretenswahrscheinlichkeit bei den jeweiligen Risikogruppen. Viele der jüngeren Bemühungen im Bereich Schutz vor Kindeswohlgefährdung wären ein Beispiel für diesen Typus. Die indizierte Prävention schließlich zielt auf Personen mit manifesten Problemen ab. Vermieden werden soll Komorbidität, also Begleiterkrankungen, bei dieser Gruppe. Beispiele wären Angebote bei Schulkindern mit Depressionen oder Raucherentwöhnung bei Jugendlichen.

Eine weitere gängige Unterscheidung lenkt den Blick auf den Gegenstand, der präventiv verändert werden soll. Betont wird dabei einerseits der Aspekt der Verhaltens- und andererseits der Verhältnisprävention. Wenn es um die Modifikation riskanten Verhaltens von Personen (z. B. Rauchen) geht, spricht man von Verhaltensprävention, während Verhältnisprävention auf die Veränderung jener Lebensbedingungen zielt, die entweder krankheitsförderlich sind (z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen) oder eine gesunde Lebensweise fördern (z. B. Einführung von Schulfrühstück, Fluoridierung des Trinkwassers). Auch wenn der mittlerweile verbreitete Begriff „Verhaltensprävention“ die Sache nur begrenzt trifft, weil Kinder und Jugendliche sich nicht nur verhalten, sondern selbst aktiv und autonom handeln, wird mit der zuletzt genannten Unterscheidung ein wichtiger Aspekt thematisiert. Aufgegriffen wird damit die Frage, ob die präventiven Maßnahmen und Angebote sich vorrangig auf einzelne Personen bzw. Gruppen, ihre Einstellungen, ihr verfügbares Wissen, ihre Alltagsroutinen und ihr Handeln beziehen oder ob sich die Maßnahmen und Angebote vorrangig auf die sozialen Kontexte, wie bestimmte Gefährdungslagen, problematische Gelegenheitsstrukturen, belastende Rahmenbedingungen beziehen.

¹⁰ Chronifizierung bezeichnet den Übergang von einer vorübergehenden zu einer dauerhaften (chronischen) Erkrankung.

¹¹ Mit dem Begriff Inzidenz wird die Zahl der Neuerkrankungen statistisch beschrieben.

Selbstverständlich sind Ansätze denkbar und werden auch in der Praxis realisiert, die beide Perspektiven erfolgreich verbinden. Doch Krankheit und Gesundheit werden im Alltagsverständnis – unterstützt durch einen eng geführten Medizinbegriff – häufig individualisiert gedacht, also vorrangig mit Personen bzw. Gruppen verknüpft. Von daher ist es – gerade auch im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe – wichtig darauf hinzuweisen, dass Präventionsangebote sich nicht notwendigerweise auf Personen bzw. Personengruppen beziehen müssen, sondern sich auf die sozialen Rahmenbedingungen beziehen können und dabei nicht selten erfolgreicher sind als rein personenbezogene Maßnahmen.

Die Vielfalt von Präventionskonzepten und -ansätzen verlangt, soll gesundheitsbezogene Prävention zukünftig eine wichtige Rolle im der Kinder- und Jugendalter übernehmen, dass die konzeptionellen Voraussetzungen einigermaßen präzise geklärt sind. Im Kern folgen diese und alle anderen Varianten einem ähnlichen Denkmodell:

Alle Präventionskonzepte, nicht nur im Gesundheitsbereich, basieren auf der Vorstellung, dass durch aktives Handeln in der Zukunft möglicherweise eintretende unerwünschte Zustände oder Ereignisse verhindert bzw. abgemildert werden können. Sie teilen insofern eine Ausrichtung des eigenen Handelns an der zukünftigen „Verhinderung von etwas Unerwünschtem“ (Homfeldt/Sting 2006, S. 161). Ihre Ziele sind erreicht, wenn im jeweiligen Fall gesundheitliche Belastungen abgeschwächt oder vermieden worden sind. Insofern sind auch die entsprechenden Interventionen begrenzt, als sie im Falle der Zielerreichung ihre Aufgabe erfüllt haben – anders etwa als bei Konzepten der Gesundheitsförderung oder der Persönlichkeitsbildung, weil diese Prozesse der Sache nach unabgeschlossen sind.

Prävention setzt voraus, dass man in der Lage ist, mit hinreichender Sicherheit nicht nur zukünftige Entwicklungen vorherzusagen, sondern auch weiß, mit welchen Mitteln sie ggf. im Vorfeld zu verhindern bzw. abzuschwächen sind. Die Lösung für das erste Problem ist üblicherweise die Bestimmung von Wahrscheinlichkeits- und Erfahrungsräumen, auf deren Basis man, wenn auch nicht mit Sicherheit und in jedem Einzelfall, aber doch ausreichend plausibel für bestimmte Konstellationen das wahrscheinliche bzw. erfahrungsgemäße Auftreten von gesundheitlichen Belastungen prognostiziert. Das zweite Problem wird in jüngerer Zeit auf der Basis von Evidence-based-Strategien zu lösen versucht. Beide Prämissen erweisen sich in vielen Fällen aber als durchaus schwer einlösbar. Unterhalb des in pädagogischen Feldern nicht realisierbaren Anspruchs von Technologien und oberhalb der situativen Beliebigkeit fachlichen Handelns versuchen diese Ansätze, bewährte Lösungsansätze für vergleichsweise klar definierte Problemkonstellationen anzubieten (zu den Hintergründen vgl. Struhkamp Munshi 2007; zu den problematischen Prämissen Ziegler 2006; Otto u. a. 2008).

Eine weitere unverzichtbare Voraussetzung von Prävention besteht darin, dass ein Konsens darüber bestehen muss, dass die mit hinreichender Sicherheit erwartbaren Entwicklungen als unerwünscht und deshalb als zu vermeiden zu betrachten sind. Grenzauslotende Verhaltensweisen Jugendlicher ebenso wie die jüngere öffentliche

Diskussion zum Rauchverbot oder zum öffentlichen Umgang mit Alkohol liefern anschauliche Beispiele dafür, dass diese Grenzziehungen, was noch jeweils als akzeptabel gilt und an welchen Stellen präventiv – z. B. durch Aufklärung, Kontrollen oder Verbote – eingegriffen werden sollte, nicht immer einfach zu ziehen sind. Jedes präventive Agieren setzt aber eine derartige Entscheidung darüber, was jeweils als unerwünscht zu gelten hat, voraus. Weil diese Entscheidungen nur selten als solche sichtbar gemacht und der Diskussion anheimgestellt werden, verweisen Kritiker auf das Problem der „impliziten Normativität“ präventiver Ansätze, die nicht selten unausgesprochen „Vorstellungen vom konformen, normalen Verhalten bzw. von Normalentwicklung und von Normabweichungen“ beinhaltet (Homfeldt/Sting 2006, S. 161). Für die Fachpraxis bedeutet dies, dass es eines eigenen Schrittes bedarf, sich darüber klar zu werden, welche u. U. in der Zukunft eintretenden Ereignisse, Handlungsweisen, Konstellationen vonseiten der Kinder und Jugendlichen – etwas schematisch formuliert – als erwünscht, als problematisch, aber noch hinnehmbar, oder aber als Anlass, selbst aktiv zu werden, verstanden werden sollen und welche Kriterien dieser Einschätzung zugrunde liegen.

Die Kritik an der oftmals impliziten Normativität und der Verweis auf die häufig fehlende Diskussion der jeweils zugrunde liegenden Normalitätsvorstellungen ist insofern von weitreichender Bedeutung, weil sich bei jeder Prävention die Frage stellt, wer Situationen mit einer gewissen Plausibilität als zukünftig gefährdend definiert. Ein Blick in die Praxis offenbart, dass die Definition des Präventionsbedarfs vorrangig – gerade im Gesundheitsbereich – eine Aufgabe der jeweiligen Expertinnen und Experten ist. Meist auf der Basis von Wissenschaft und Forschung, seltener auf der Basis bewährter Praxiserfahrung, definieren vorrangig sie, welche Zustände als unter Gesundheitsgesichtspunkten unakzeptabel (z. B. Rauchen) und welche Konstellationen als besonders gefährdend zu gelten haben (z. B. Binge drinking). So plausibel in vielen Fällen diese Dominanz des Expertensystems auch ist, so führt sie dazu, dass die Sichtweisen der Kinder und Jugendlichen häufig zu kurz kommen und dass diese vorrangig unter dem Blickwinkel der Gefährdungen wahrgenommen werden – auch weil es die Erwachsenen bzw. die Expertinnen und Experten vermeintlich oder auch tatsächlich besser wissen. Prävention in pädagogischen Feldern – auch in Bezug auf Fragen der Gesundheit – kann jedoch nur gelingen, wenn die Sichtweisen und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen systematisch einbezogen werden. Wer glaubt, gesundheitsbezogene Prävention ohne Bezugnahme auf die Körperpraktiken und die jeweiligen szenetypischen körperbezogenen Diskurse von Kindern und Jugendlichen und deren Einbeziehung realisieren zu wollen, wird in den meisten Fällen unweigerlich scheitern. Allerdings spricht auch viel dafür, dass bislang Prävention und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen noch als zwei sehr disparate Themen in der Fachdiskussion behandelt werden.

Die angedeuteten Herausforderungen und die in der Sache selbst eingewobenen Risiken (wie der Unsicherheit von Prognosen oder die unvermeidliche Normativität),

die mit einem reflektierten und sachlich angemessenen Verständnis von Prävention einhergehen, haben wiederholt dazu geführt, dass gleichsam das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird und Prävention als Ansatz abgelehnt wurde und nur noch für Bildung bzw. hier in Rede stehenden Zusammenhang für Gesundheitsförderung plädiert wurde.¹² Unterstützung erhielten derartige Argumente durch die ständige Ausweitung des Präventionsgedankens sowohl auf neue Felder als auch immer jüngere Altersgruppen, bis man kurz vor der Geburt angekommen ist. Der damit verbundenen Vorverlagerung der öffentlichen Aufmerksamkeit, die fast unvermeidlich mit jedem Präventionsansatz verbunden ist, wohne, so wird argumentiert, eine Tendenz zum Präventionsstaat im Sinne einer die Lebensformen der Bürgerinnen und Bürger bis in alle Nischen prägenden öffentlichen Normierung und Disziplinierung, auch „Nanny state“ genannt, inne.

Dieser mitunter leichtfertigen Ausweitung des Präventionsgedankens auch in der Kinder- und Jugendhilfe und der gesundheitsbezogenen Prävention, aber nicht nur dort, ist ein in der Sache begründetes, seine eigene Grenzen und Möglichkeiten, Voraussetzungen und Chancen bedenkendes Präventionsverständnis im oben angedeuteten Sinne entgegenzustellen. Dazu gehört vor allem die Konzentration des Präventionsbegriffes auf jene Bereiche, bei denen man mit guten Gründen angeben kann, was auf welchem Weg vermieden werden soll – bzw. etwas präziser formuliert –, also auf jene sich entwickelnden Problemkonstellationen, bei denen man begründet und für andere überprüfbar bzw. diskutierbar Auskunft geben kann, inwiefern zukünftig mit unerwünschten Ent-

wicklungen zu rechnen ist, inwiefern diese Entwicklungen als unerwünscht zu betrachten sind und welche frühzeitigen Interventionen als begründet aussichtsreich erscheinen, diese zu vermeiden bzw. zu entschärfen. Auf die darin liegenden Chancen im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention als ein Element abgestimmter Strategien von Gesundheitsförderung zu verzichten, wäre leichtsinnig.

3.1.2 Gesundheitsförderung

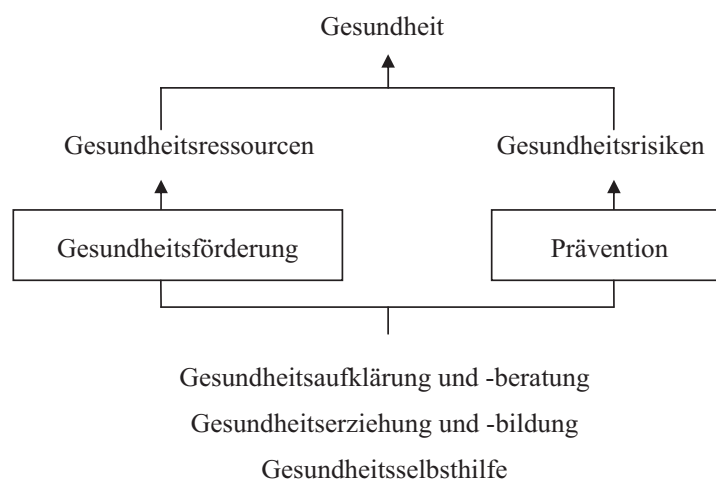
Im Unterschied zu den Präventionsdiskursen verfolgt das Konzept der Gesundheitsförderung eine zivilgesellschaftliche Perspektive (Laverack 2007). Gesundheit wird als ein integraler Bestandteil souveräner alltäglicher Lebensführung betrachtet und was diese unterstützt, wird als gesundheitsförderlich angesehen. Dazu zählt die Förderung von selbstbestimmten Lebensweisen, Kompetenzen, von Wohlbefinden und Lebensqualität, aber auch die Pflege von förderlichen materiellen, sozialen und ökologischen Ressourcen und die Reduktion gesellschaftlich ungleich verteilter Risiken, Stressoren und Belastungen.

So wichtig es ist, die Differenz von Prävention und Gesundheitsförderung zu betonen, so klar ist aber auch, dass sie nicht völlig trennscharf vorgenommen werden kann. Eine wichtige konzeptuelle Brücke der Perspektive der Gesundheitsförderung zum Präventionsdiskurs besteht in der Annahme, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen zugleich auch präventiv wirken. Es wird dafür plädiert, diese Orientierungen „bewusst zu kombinieren“ (Franzkowiak 2006, S. 20). Auch der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* hat in seinem Jahresgutachten von 2000/2001 für eine sinnvolle Komplementarität von einem risiko- und ressourcenorientierten Zugang plädiert, die im Falle sinnvoller Synergie zum gemeinsamen Ziel der Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit ihren je eigenen unverzichtbaren Beitrag zu leisten haben. Das wird auch in dem Ordnungsschema von Waller (2002, S. 119) veranschaulicht:

¹² In der internationalen und nationalen gesundheitsbezogenen Fachdiskussion haben die zuvor skizzierten Einwände und die in der Sache selbst begründeten Schwierigkeiten dazu geführt, dass die Prävention, trotz der unstrittigen Erfolge gerade in der frühzeitigen Bekämpfung von Krankheiten, mittlerweile zu einem sehr umstrittenen Denkmodell geworden ist und man stärker auf die positiv besetzten Strategien der Gesundheitsförderung bzw. auf die Verknüpfung belastungssenkender (präventiver) und ressourcensteigernder (gesundheitsförderlicher) Ansätze setzt (vgl. Rosenbrock/Michel 2007).

Abbildung 3.1

Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden



Ohne unser Wissen über gesundheitliche Risiken, das eher aus einer pathogenetischen Forschungstradition kommt, zu vernachlässigen, nimmt der vorliegende Bericht in seiner Zentralperspektive eine salutogenetische Orientierung ein, die zur wichtigsten konzeptuellen Basis für die Gesundheitsförderung geworden ist. Gerade die Ansatzpunkte der Kinder- und Jugendhilfe sind hier im besonderen Maße anschlussfähig. Im Folgenden soll deshalb dargestellt werden, was es mit den beiden Begriffen Pathogenese und Salutogenese auf sich hat.

3.2 Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte

3.2.1 Die Zielperspektive der WHO: Die Ottawa-Charta

Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde 1986 von der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) entwickelt und in der sogenannten *Ottawa-Charta* zusammengefasst. Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind danach die Lebensbedingungen der Menschen (Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit). Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig an diese Grundvoraussetzungen gebunden:

Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“¹³

In Nachfolgekongressen zu der Tagung in Ottawa wurden einzelne Handlungsbereiche der *Ottawa-Charta* spe-

zifiziert. Dabei wurde zwischen drei grundlegenden Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung unterschieden:

- *Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit*: Dies meint, dass alle in der Gesundheitsförderung Tätigen aktiv für Gesundheit eintreten im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren.
- *Befähigen und Ermöglichen* zielt auf Chancengleichheit auch im Bereich der Gesundheit ab. Alle Menschen sollen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Dies bezieht sich sowohl auf Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch auf die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit treffen zu können bzw. Einfluss zu nehmen auf die Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen.
- *Vermitteln und Vernetzen* meint eine Handlungsstrategie, in der alle Bereiche wie Politik, Gesellschaft, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nicht-staatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen koordiniert zusammenwirken.

Weiter sind darin fünf Handlungsbereiche aufgeführt, in denen eine so verstandene Gesundheitsförderung realisiert werden soll und die in den Leitlinien dieses Berichtes wieder aufscheinen (vgl. Teil E, Kap 21.4.). Diese beziehen sich auf

Erstens: Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen.“

¹³ Vgl.: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessensgegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.“¹⁴

Zweitens: Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten:

„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen. Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – ist von essenzieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema machen.“¹⁵

Drittens: Die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen:

„Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen.“¹⁶

Viertens: Die Unterstützung und Förderung von persönlichen Kompetenzen:

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen.

Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst.“¹⁷

Fünftens: Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste:

„Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen.“¹⁸

Die Charta bietet damit ein inhaltliches und methodisches Modell an, dessen gesundheitspolitisches Leitbild als Paradigmenwechsel von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit beschrieben werden kann.

¹⁴ Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

¹⁵ Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

¹⁶ Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

¹⁷ Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

¹⁸ Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

Im Jahr 2005 wurde mit der *Bangkok-Charta* zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt die WHO-Position noch einmal unterstrichen und weiterentwickelt:

Auszug aus der Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung

„Die Vereinten Nationen erkennen an, dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt. Gesundheitsförderung basiert auf diesem wesentlichen Menschenrecht. Dieses positive und umfassende Konzept begreift Gesundheit als einen Bestimmungsfaktor für Lebensqualität einschließlich des psychischen und geistigen Wohlbefindens. Gesundheitsförderung ist der Prozess, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist eine Kernaufgabe der öffentlichen Gesundheit und trägt zur Bekämpfung übertragbarer wie nicht übertragbarer Krankheiten sowie zur Eindämmung anderer Gesundheitsgefährdungen bei.“¹⁹

Betont wird in der *Bangkok-Charta*, dass die Gefährdung von Kindern und von Menschen mit Behinderungen zu- genommen hätte und deshalb besondere Anstrengungen zur Gesundheitsförderung dieser Gruppen erforderlich seien.

Ganz im Sinne der Zielentwicklungen der WHO ist die Programmatik von New Public Health entwickelt worden (vgl. Tulchinsky/Varavikova 2000, Flick 2002). Sie knüpft an eine lange Tradition von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung an, die als „Öffentliche Gesundheit“ (Public Health) bezeichnet wurde (vgl. MacDonald 2003). Das waren anfangs vor allem sanitäre und hygienische Reformen wie die Versorgung mit sauberem Trinkwasser, Abfallbeseitigung, Lebensmittelhygiene oder Arbeitsschutzmaßnahmen. Die Handlungsziele dieser Reformmaßnahmen unterschieden sich in wichtigen Dimensionen vom individualmedizinischen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -problemen: Bezogen wurden die Maßnahmen auf ganze Populationen und nicht auf einzelne Individuen; es kam zu einer stärkeren Beachtung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit/Krankheit und sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen; ins Blickfeld gerieten die Policy-Ansätze staatlicher Instanzen, die Strukturentscheidungen der Gesundheitspolitik und die daran beteiligten Interessengruppen. In den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts entstand so ein neues Interesse an gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die das Gesamtfeld der öffentlichen Förderung von Gesundheit erfassen sollten. Angezielt wurde eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“, die über die klassische Aufgabenstellung

der Gesundheitspolitik hinausreicht und die Bereiche Bildung, Ökologie, Sozialpolitik (und damit auch die Kinder- und Jugendhilfe) einbezieht, weil sie die Lebenschancen, Ressourcen und damit auch die gesundheitliche Situation der Bevölkerung entscheidend mit beeinflussen.

Die Europäische Union verfolgt in ihren aktuellen gesundheitspolitischen Positionierungen diese programmatische Aufgabenstellung, z. B. im „Grünbuch“ (Kommission der Europäischen Union 2005, im „Weißbuch“ (Kommission der Europäischen Union 2007) oder auch im „Konsensuspapier: Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung“ (Jané-Llopis/Braddick 2008). Der Ansatz von New Public Health stellt die konsequente Umsetzung der Prinzipien der Gesundheitsförderung dar (MacDonald 2005). Er ist anschlussfähig für Empowerment-Strategien (Laverack 2005; vgl. Kap. 3.2.3) und den Diskurs zu Verwirklichungschancen und die damit verbundene Frage nach der Gerechtigkeit im Zugang zu Ressourcen (Green/Labonté 2008; vgl. Kap. 3.2.5). Auch eine Psychologie der Gesundheitsförderung findet in der Public Health-Perspektive ein tragfähiges Fundament (vgl. v. Lengerke, 2007).

3.2.2 Von der Pathogenese zur Salutogenese

3.2.2.1 Die salutogenetische Perspektive

Die starke Betonung des Aspektes der Gesundheitsförderung in der *Ottawa-Charta* hat ihre Entsprechung in einer seit Längerem in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung entwickelten Sichtweise, die neben Belastungen und Risiken auch den Ressourcen und Schutzfaktoren eine wesentliche Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden beimisst. Für den Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit folgte daraus, dass neben den ausschließlich „objektiven“ somatischen Parametern wie Mortalitätsrisiken und Unfallstatistiken, die bislang zur Beschreibung der Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung herangezogen wurden, Beeinträchtigungen berücksichtigt wurden, die das Wohlbefinden und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig beeinflussen. Es zeigte sich, dass diese Gruppe nicht so gesund ist, wie lange angenommen (vgl. Kolip u. a. 1995). Die Ergebnisse aus dem Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit verweisen zum einen darauf, dass eine Reihe von Kindern und Jugendlichen und auch deren Familien nicht in der Lage sind, die vielfältigen Entwicklungsanforderungen positiv zu bewältigen. Zum anderen zeigt sich aber auch, dass Kinder und Jugendliche trotz Benachteiligung und einem erhöhten Risiko des Aufwachsens nicht alle (psychisch) krank werden, wie u. a. *Werner und Smith* (1982) in einer Längsschnittstudie zeigen konnten. Mit dieser Studie nahm die Resilienzforschung ihren Anfang, die sich vor allem mit der Frage auseinandersetzt, welche schützenden, auch protektiv genannten Faktoren die Risiken bzw. Belastungen beeinflussen.

Eine ähnliche Frage: „Was befähigt die Menschen zu gesunder psychischer und körperlicher Entwicklung?“, beschäftigte auch den Medizinsoziologen *Antonovsky*, als er sein Modell der Salutogenese (1979, 1988, 1997) ent-

¹⁹ Vgl. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf

wickelte. Ausgangspunkt seiner Überlegungen bildete das für ihn überraschende Ergebnis einer epidemiologischen Studie zur Stressbelastung in der Menopause bei verschiedenen ethnischen Gruppen: Frauen, die den Holocaust überlebt haben, sind trotz dieser traumatischen Erfahrungen psychisch und körperlich gesund geblieben.

Mit seinem Konzept, das das Selbstbild, handlungsfähig zu sein, als ein wesentliches Moment von Gesundheit sieht, knüpft *Antonovsky* an die in der WHO formulierten zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung an. Er stellt die Ressourcen in den Mittelpunkt, die ein Subjekt mobilisieren kann, um mit belastenden und widersprüchlichen Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden.

Antonovsky entwickelte sein Modell der sogenannten Salutogenese in einer Zeit, in der der gesellschaftliche und wissenschaftliche Hintergrund geprägt war von einer kritischen Auseinandersetzung mit dem traditionellen System der Gesundheitsversorgung. Dieses wurde als zu organ- und symptombezogen und als zu „mechanisch“ kritisiert. Die Auseinandersetzung mit dem Gesundheits-Krankheitsbegriff verdeutlichte zudem, dass Gesundheit und Krankheit sehr komplexe, nur schwer definierbare Phänomene sind (vgl. Franke 1993, Faltermaier 1994).

Das Konzept der Salutogenese basiert auch auf der Feststellung, dass Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände sind, sondern als ständige Bewegung auf einem Kontinuum zwischen den zwei Extrempolen – Gesundheit und Krankheit – vorstellbar sind. Jeder Mensch ist nicht nur gesund oder krank, sondern bewegt sich zwischen diesen beiden Polen und ist relativ gesund bzw. relativ krank.

Mit dem Modell der Salutogenese will *Antonovsky*, ähnlich wie die Resilienzforschung (vgl. Kap. 3.2.2.5), eine Antwort auf die für ihn zentrale Fragestellung geben: Warum bleiben Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?

Er geht davon aus, dass der menschliche Organismus als System permanent (natürlichen) Einflüssen und Prozessen ausgesetzt ist, die eine Störung seiner Ordnung, d. h. seiner Gesundheit, bewirken. Gesundheit ist kein stabiler Gleichgewichtszustand, sondern muss in der Auseinandersetzung mit äußeren und inneren Einflüssen (Stressoren) kontinuierlich neu aufgebaut werden. Leitend ist dabei die Prämisse, dass die menschliche Existenz von Ungleichgewicht gekennzeichnet ist, dass Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert sind. Welche Wirkungen diese auf den Organismus haben – pathogene, neutrale oder gesunde – hängt davon ab, wie mit dem durch die Stressoren hervorgerufenen Spannungszustand umgegangen wird. Nach dem salutogeneti-

schen Modell sind es vor allem die *generalisierten Widerstandsressourcen*, die bedeutsam sind, um Schutz und Widerstand gegenüber Stressoren aufzubauen, bzw. die die Kraftquellen einer positiven Entwicklung darstellen. Sie beeinflussen wesentlich den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. Diese Widerstandsressourcen sind angesiedelt:

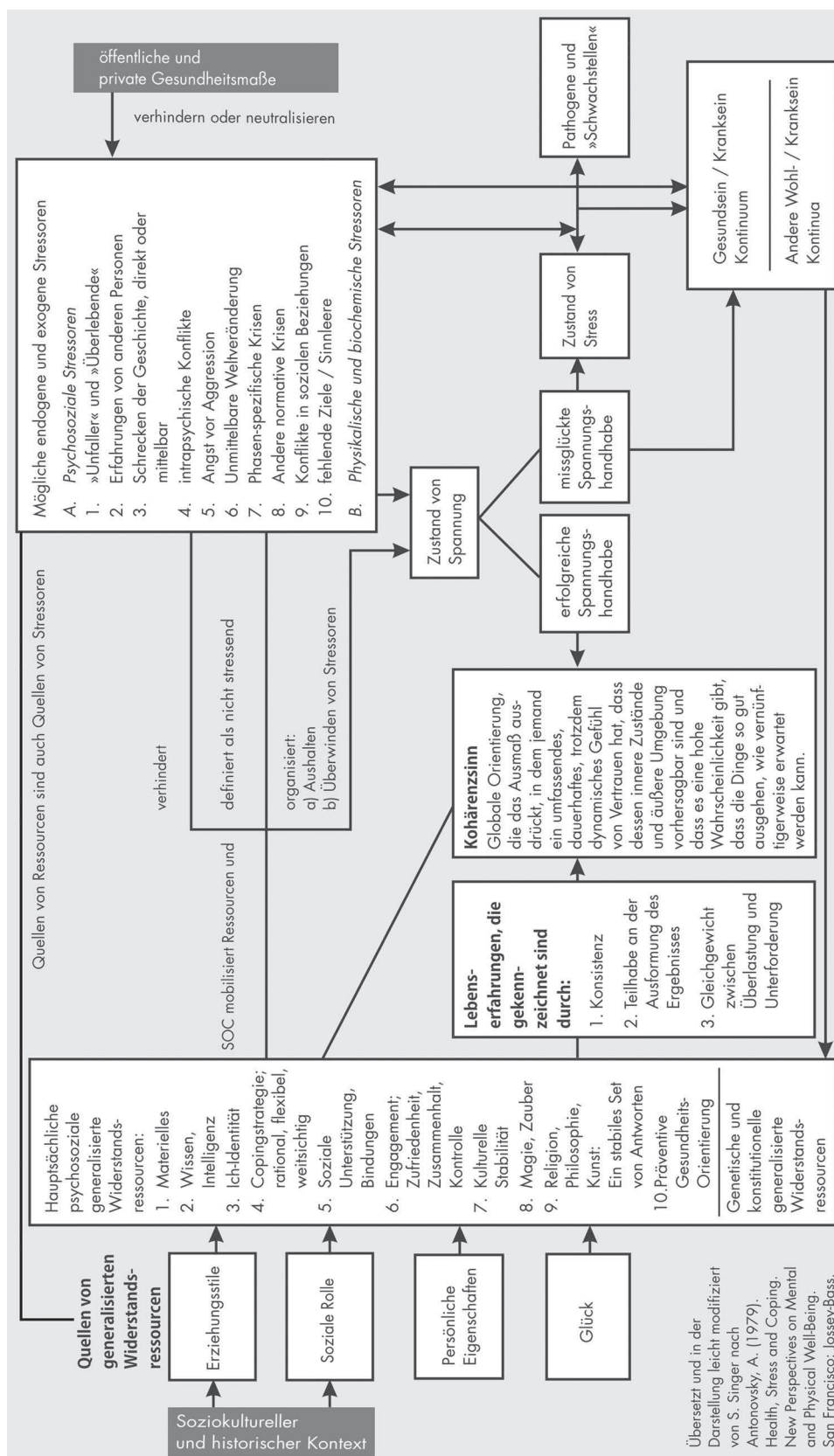
- Im Individuum: organisch-konstitutionelle Widerstandsressourcen, Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien und Ich-Stärke, die nach *Antonovsky* eine der zentralen emotionalen Widerstandsressourcen darstellt, als emotionale Sicherheit, als Selbstvertrauen und positives Selbstgefühl in Bezug auf die eigene Person.
- Im sozialen Nahraum: Zu den Widerstandsressourcen zählen aber auch wesentlich die sozialen Beziehungen zu anderen Menschen. Diese beinhalten das Gefühl, sich zugehörig und „verortet“ zu fühlen, Vertrauen und Anerkennung durch für einen selbst bedeutsame Andere zu erfahren und durch die Beteiligung an zivilgesellschaftlichem Engagement sich als selbstwirksam erleben zu können. Hinzu kommt die Möglichkeit, sich Unterstützung und Hilfe von anderen Menschen zu holen und sich auf diese zu verlassen.
- Auf gesellschaftlicher Ebene: Widerstandsressourcen entstehen durch die Erfahrung von Anerkennung über die Teilhabe an sinnvollen Formen von Tätigkeiten und ein bestimmtes Maß an Sicherheit, mit diesen seinen Lebensunterhalt bestreiten zu können (Verfügbarkeit über Geld, Arbeit, Wohnung ...).
- Auf der kulturellen Ebene: Widerstandsressourcen vermittelt auch der Zugang zu kulturellem Kapital im Sinne tragfähiger Wertorientierungen (bezogen aus philosophischen, politischen, religiösen oder ästhetischen Quellen).

Der Mensch steht demnach als Ganzes mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome. Fehlen diese Widerstandsressourcen, spricht *Antonovsky* von generalisierten Widerstandsdefiziten, die die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhöhen. Allerdings geht er auch davon aus, dass die Widerstandsressourcen allein nicht ausschlaggebend für die Bewältigung von Problemen sind, denn ein Teil der Probleme liegt in der nicht ausreichenden Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Man muss Ressourcen erkennen und die Fähigkeit besitzen, die richtigen zu aktivieren und für sich nutzbringend einzusetzen. Diese Fähigkeit bzw. dieses Grundgefühl, das *Antonovsky* als Kohärenzgefühl bezeichnet, ist der zentrale Baustein im Modell der Salutogenese.

In dieses Modell versucht *Antonovsky* eine Vielzahl von makro-, meso- und mikrosozialen Faktoren zu integrieren, und es weist einen hohen Grad von Komplexität auf:

Abbildung 3.2

Modell der Salutogenese mit makro-, meso- und mikrosozialen Faktoren

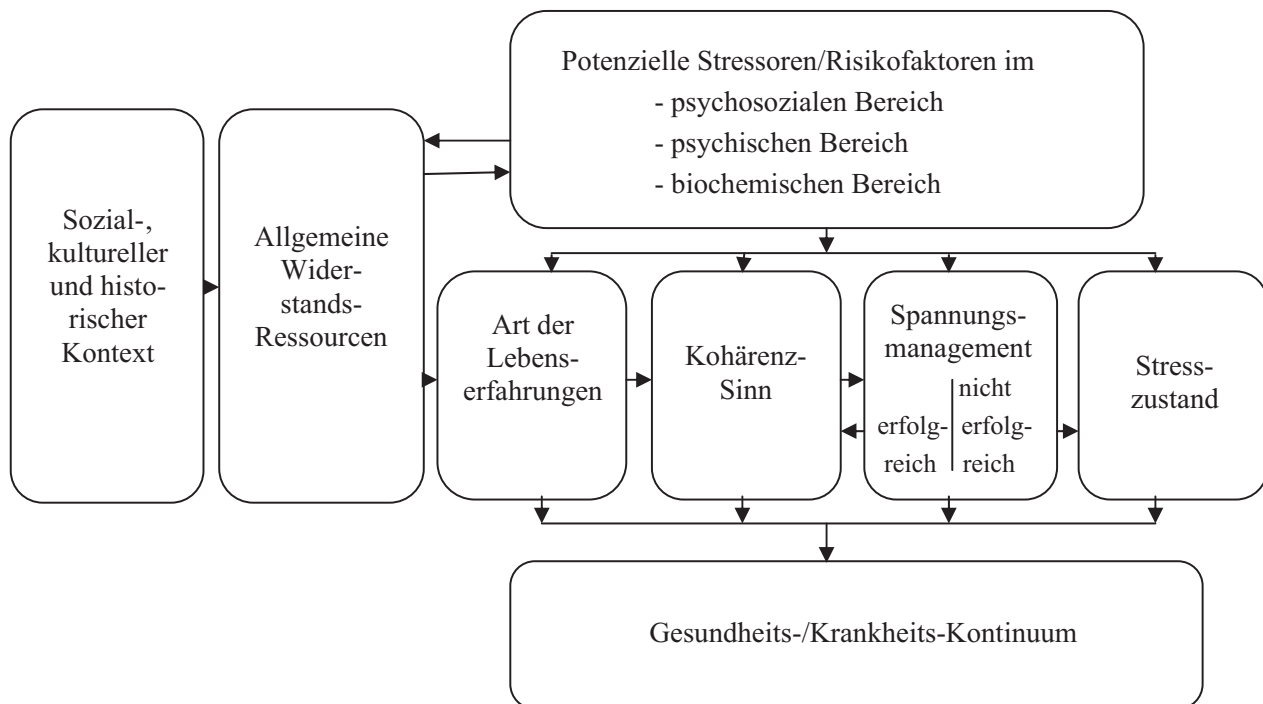


Quelle: Singer, Brähler: Die „Sense of Coherence Scale“ (2007), S.12

Wenn man die Komplexität im Sinne besserer Übersichtlichkeit zu reduzieren versucht, dann kommt man zu der folgenden Darstellung:

Abbildung 3.3

Das salutogenetische Modell nach Antonovsky



Quelle: Antonovsky 1979, S. 185

Das *Kohärenzgefühl* (SOC), das das Herzstück dieses Modells ausmacht, ist das Ergebnis eines individuellen Lern- und Entwicklungsprozesses hinsichtlich der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns, der Verstehbarkeit und Gestaltbarkeit der eigenen Lebensbedingungen. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine generelle Lebenseinstellung des Individuums, in dem sich ein umfassendes und überdauerndes Gefühl des Vertrauens ausdrückt, dass

- Ereignisse, die einem im Leben passieren, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (= Verstehbarkeit);
- man in der Lage ist, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden und sie konstruktiv bewältigen zu können (= Handhabbarkeit);
- diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, für die es sich lohnt, sich zu engagieren und anzustrengen (= Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit).

Pragmatisch gewendet könnte man das Kohärenzgefühl auch als *Handlungsbefähigung* beschreiben (vgl. Grundmann 2006, S. 155 ff.). Dieses basiert auf der Einschätzung dessen, „was ist, was man hat, was man kann und wozu man fähig ist“. Etwas systematischer formuliert, also auf dem

- dem Erkennen der eigenen Situation und eines Handlungsbedarfes,

- dem Erkennen und Abschätzen der verfügbaren individuellen und in der Konstellation gegebenen Handlungsoptionen und -ressourcen,
- der Überzeugung, selbst handlungsfähig zu sein, sowie
- der Fähigkeit kontextangemessen zu handeln“ (Grundmann 2006).

Die Einsicht, dass die Überzeugung, selbst handlungsfähig zu sein, eine zentrale „Variable“ für die Bewältigung der zum Teil höchst widersprüchlichen Handlungsanforderungen des Lebens darstellt, ist nicht neu. Die Arbeiten von Bandura aus den achtziger Jahren zu den Selbstwirksamkeitserwartungen, dem viel zitierten „*locus of control*“ (Bandura 1997) oder etwas später von Flammer (1990) lieferten bereits die zentralen Thesen und empirischen Argumente. Die jüngeren Diskussionen zum Konzept *agency* (Homfeldt u. a. 2008) und die Weiterentwicklungen des *capability*-Ansatzes, der in Deutschland auch unter den Begriffen *Verwirklichungschancen* oder *Befähigungsansatz* firmiert (vgl. Kap. 3.2.5), sowie die reiche Forschungstradition zum Konzept der *Selbstwirksamkeit* und zur *Salutogenese* stellen eine Fülle von Hinweisen zur Verfügung, wie Handlungsbefähigung im Verlauf der Sozialisation entsteht bzw. verhindert wird.

Die Daten belegen eindeutig, dass ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl bzw. die stark ausgeprägte Überzeugung, selbst handlungsfähig zu sein, dazu führen, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagiert und in der Lage ist, die für diese spezifischen Situationen angemessenen Ressourcen zu aktivieren. Ein Mensch mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird dagegen Anforderungen eher starr, rigide beantworten, da er weniger Widerstandsressourcen zur Bewältigung wahrnimmt oder zur Verfügung hat.

Ein starkes Kohärenzgefühl gibt Individuen das Vertrauen, dass Dinge gut ausgehen werden, dass Probleme nicht die eigenen Ressourcen übersteigen. Dabei werden reale Gefahren nicht bagatellisiert, sondern angemessen eingeschätzt. Personen mit starkem Kohärenzgefühl

- sehen Probleme eher als positiv, weniger konfliktreich oder weniger gefährlich, also eher als Herausforderung und weniger als Überforderung an;
- sind eher in die Lage versetzt, Bewältigungsstrategien auszuwählen, die für einen konstruktiven Umgang mit dem Stressor geeignet sind;
- empfinden im Umgang mit Stressoren weniger „negative“ Gefühle wie Angst und Panik, die ungerichtet sind und die Handlungsfähigkeit im Gegensatz zu Furcht deutlich einschränken.

Das Kohärenzgefühl stellt gewissermaßen das zentrale salutogene Selbstorganisations- und Selbststeuerungsprinzip des Menschen dar. Das Subjekt wird nicht als passives Wesen aufgefasst, das externen Kräften ausgesetzt ist, sondern als Subjekt, das im Rahmen vorhandener Bewältigungsressourcen sein eigenes Leben aktiv „beeinflusst“. Damit geht es nicht primär um die Frage nach Belastungen und deren Vermeidung, sondern um die Frage, wie Subjekte diesen Prozess steuern. Dabei nimmt *Antonovsky* an, dass die Ich-Identität als emotionale Widerstandsressource eine wichtige Quelle für das Kohärenzgefühl darstellt. Eine Identität mit flexiblen Grenzsetzungen für das, was bedeutsam und zentral für das Leben erachtet wird, erleichtert es, das Leben gerade in einer pluralistischen Gesellschaft als kohärent zu empfinden (*Antonovsky* 1997, S. 39). Geht man davon aus, dass über Identitätskonstruktionen Individuen ihre lebensweltlichen Erfahrungsräume auch aktiv über die von ihnen verfolgten (Identitäts-)Entwürfe und Projekte gestalten, weist dies über die Bedeutung der Ich-Identität als Potenzial, das die Lebensbewältigung sichert, hinaus (vgl. Höfer 2000 a/b). Dieses Verständnis eines aktiv gestaltenden Subjekts lässt sich auch auf den bewussten Prozess der Gesunderhaltung beziehen, beispielsweise in einer direkt auf Gesundheit bezogenen Lebensführung, die als praktischer Ausdruck von Identität erfahren werden kann (vgl. Behringer 1998).

Hurrelmann (2006) definiert Identität als die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und Selbstreflexion, eine Fähigkeit, die eine wichtige Voraussetzung für die Aktivierung von Bewältigungsstrategien und für die angemessene Erschließung und Nutzung der Unterstützungspotenziale des sozialen Umfelds bildet. Identitätsprozesse, die auf die eigene Gesundheit bezogen sind,

lassen sich als „*Gesundheitsidentität*“ fassen (vgl. Höfer 2000a/b). Mit diesem Konstrukt „*Gesundheitsidentität*“ lässt sich analysieren, wie Subjekte mit dem „Doppelcharakter“ gesellschaftlicher Erwartungen – mit der Anforderung an das Subjekt, Gesundheit selbst herzustellen bei gleichzeitiger Verhinderung oder Zerstörung von Gesundheit bzw. der Verpflichtung der Fürsorge für den Körper bei gleichzeitiger Forderung nach Leistungsfähigkeit jenseits der Körpersignale – zurecht kommen. Höfer (2000a/b) geht davon aus, dass diese Selbstthematisierungen nicht nur cursorische Eindrücke für die Identität bilden, sondern zu einem übergreifenden Konstrukt, d. h. einer Teilidentität Gesundheit gebündelt werden: konkret auf der Basis krankheits- bzw. gesundheitsbezogener Selbstthematisierungen und durch Bündelung dieser der gesellschaftlich vermittelten Gesundheits- und Krankheitsbilder und den Vorstellungen in Bezug auf ein gesundes Individuum. Daraus entwickelt das Subjekt „subjektive Standards“ von dem, was es unter Gesundheit versteht und aufgrund derer (neue) Erfahrungen interpretiert und bewertet werden. Dieser Bewertungsprozess ist handlungsrelevant, indem er bestimmt, wie Individuen ihre „*Gesundheit(sidentität)*“ erhalten bzw. fördern und auch verändern können und wollen. Und er hat einen konkreten Einfluss auf die alltägliche Lebensführung und das im engeren Sinne konkrete Gesundheitsverhalten (wie gesunde Ernährung, Bewegung usw.). Jedes Subjekt hat zudem zahlreiche gesundheitsbezogene Selbstentwürfe und Projekte. Dies sieht man zum einen darin, dass Gesundheit einer der am häufigsten genannten Zukunftswünsche ist. Gesundheit wird als „höchstes Gut“ bezeichnet und als Voraussetzung der Realisierung von Lebenswünschen gesehen. Immer umfassendere Bereiche des individuellen Lebens werden in Begriffe von Gesundheit gefasst, bewertet und geregelt. *Herzlich* und *Pierret* drücken dies so aus: „Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit: von Gesundheit zu sprechen, stellt heute für uns eine der besten Arten dar, Glück zu bezeichnen und einzufordern“ (1991, S. 298).

Der Gewinn, Gesundheit auf diese Weise als Teilidentität zu analysieren, liegt vor allem darin, dass Gesundheit nicht nur als Folge von Stresserfahrungen oder -verarbeitung gesehen wird, sondern auch als aktiver Prozess der eigenen Gesundheitsgestaltung, der eine theoretische und selbstreferentielle Basis erfährt und aufgrund eines motivierten Gesundheitshandelns zu einem relativ bewussten Prozess der Gesunderhaltung beitragen kann.

3.2.2.2 Der Körper als soziale Wirklichkeit

In der neuzeitlichen Geschichte lösen sich die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit von Ordnungsvorstellungen, die diese als göttliche Fügung oder als Schicksal einordneten, die vom Einzelnen hinzunehmen sind. Gesundheit wurde zur zentralen Voraussetzung für die Realisierung diesseitiger Utopien. Mit der zunehmenden bürgerlichen Vorstellung der Selbstverantwortung für das eigene seelisch-körperliche Wohlbefinden verliert der Glaube an eine von Gott stabil geordnete Welt, in der auch Gesundheit und Krankheit vorbestimmt sind, an

Bindekraft. Gesundheit wird nun so verstanden, dass sie durch den Menschen selbst produziert werden kann; sie wird mit Selbst-Tun assoziiert; sie drückt den rationalen Umgang jedes Einzelnen mit sich selbst aus.

Diese Säkularisierung von Heilserwartungen in diesseitig gerichtete Vorstellungen vom „guten Leben“ hat die Wertschätzung für Gesundheit ungeheuer gesteigert. Diese hat seit der Aufklärung ständig an Bedeutung zugenommen. Gesundheit wird als unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Entfaltung der eigenen Leistungsfähigkeit angesehen. Aber auch die Nutzung nicht-arbeitsbezogener Angebote in der Freizeit, in der Konsumwelt, der Kultur und im Privaten setzen Gesundheit voraus.

Der beschriebene Perspektivenwechsel von einer transzendenten zu einer innerweltlichen Heilserwartung ist eng gekoppelt an den Aufstieg der modernen Medizin und die an sie geknüpften Erwartungen und Hoffnungen. Die erfahrungswissenschaftlich fundierte moderne Medizin und ihre Erfolge bestätigen die Grundüberzeugung des aufgeklärten bürgerlichen Bewusstseins, das ein gezieltes Eingreifen in naturhafte und gesellschaftliche Prozesse für möglich und notwendig hält. Mit ihren unstrittigen Erfolgen hat die Medizin nicht nur den Beweis angetreten, dass menschliches Handeln dem „blinden Walten“ des Schicksals und der Natur eine eigene handelnde Vernunft entgegensetzen kann, sondern sie ist zugleich zum Kristallisationskern der innerweltlichen Heilserwartungen geworden.

Der Siegeszug der Medizin hat erheblich dazu beigetragen, dass der Körper ins Zentrum aller Bemühungen um Gesundheit gerückt wurde. Die Biomedizin hat ihn mit ihren vielfältigen Interventionsmöglichkeiten belastbarer und langlebiger werden lassen. Der Körper galt immer weniger als nicht mehr überschreitbare Naturgrenze, sondern musste als gestaltbar verstanden werden. Körperkultur, Sport und Fitnessprogramme stehen für eine kulturelle Entwicklung, in der die Disziplinierung der Körper eine scheinbar grenzenlose Leistungssteigerung und eine beliebige Gestaltbarkeit des Körpers für möglich gehalten werden. Normalitäts- und Schönheitsvorstellungen haben sich an diesen Machbarkeitsidealen ausgerichtet. Auch sehr viele Programme der Prävention und Gesundheitsförderung setzen auf die Beeinflussbarkeit menschlicher Körpergestaltung und blenden dabei die Realität körperlicher dauerhafter Kontingenz und Einschränkungen aus (vgl. Homfeldt 1999).

In den Sozialwissenschaften und der sozialen Arbeit blieb der Körper lange Zeit „terra incognita“. Doch das hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert, und es ist zu einer produktiven Beschäftigung mit dem Körper, seinen sozialen Kodierungen, seiner Funktionalität für die Reproduktion der Geschlechterordnung gekommen. Die wichtige Unterscheidung von Leib und Körper, die schon Plessner in seinem Werk *„Die Stufen des Organischen und der Mensch“* (1928) vorgenommen hatte, wurde wieder aufgenommen und genutzt (Gugutzer 2002). Die großen zivilisationstheoretischen Entwürfe von *Elías* und *Foucault*, die Habitustheorie von *Bourdieu* lieferten auf

unterschiedliche Weise wichtige Bausteine zu einer Soziologie des Körpers (vgl. Gugutzer 2004; Schroer 2005), die im englischsprachigen Raum vor allem unter dem Stichwort *„Embodiment“* eine erstaunliche Publikationswelle ausgelöst hat (vgl. Burkitt 1999; Crossley 2006; Shilling 2007). Einen nicht unerheblichen Einfluss auf diese Welle einer sozialkonstruktivistischen Körperbeschäftigung hatte die Geschlechterforschung. Vor allem die Arbeiten von *Butler* (1991; 1997) haben die Vorstellung einer naturdeterminierten Körperlichkeit der Geschlechtsidentität zu demontieren versucht. Aber zunehmend ist auch der Männerkörper zum Gegenstand intensiver sozialwissenschaftlicher Forschung geworden (z. B. Watson 2000). Die körperbezogenen Analysen haben inzwischen auch Erfahrungen von Menschen mit Behinderung untersucht und können aufzeigen, wie soziale Konstruktionen des unvollständigen Körpers erst zu Behinderungen mit einem spezifischen sozialen Sinn führen (vgl. z. B. Bruner 2005, Junge/Schmincke 2007). In den *„Disability Studies“* (vgl. Albrecht u. a. 2003) hat sich ein eigener Zweig der *„Cultural Studies“* mit gesellschaftlichen Herstellungsprozessen der Behinderung intensiv auseinandergesetzt. Am Beispiel der Kampagnen gegen Übergewicht kann gezeigt werden, wie auf den Körper bezogene Veränderungsstrategien zwar in erster Linie über gesundheitsbezogene Argumente legitimiert werden, aber gleichzeitig durch die normative Vorgabe angemessener Lebensstile soziale Kontrolle ausgeübt wird (vgl. Schmidt-Semisch/Schorb, 2008; Körner 2008).

Die (Wieder-)Entdeckung des Körpers kann damit begründet werden, dass den Lebensformen und Identitätskonstruktionen in der Gesellschaft der „flüchtigen Moderne“ (Bauman 2007 2008) Dauerhaftigkeit und Nachhaltigkeit fehlen. Der Körper aber vermittelt in seiner materiellen Gestalt einen scheinbar unverrückbaren Bezugspunkt. Die Hoffnungen auf den Körper sind aber berechtigt und illusionär zugleich. In der Körperthematik spiegeln sich die risikoreichen Chancen spätmoderner Lebensverhältnisse. Der Körper ist keine Insel, auf der ein authentischer Zugang zur eigenen Lebendigkeit, Ganzheit oder Selbstbestimmung pur möglich wären und Erfahrungen gesellschaftlicher Entfremdung, Entsinnlichung und Zerrissenheit ferngehalten werden könnten. Der Körper ist heute zum Medium subjektiver Selbstvergewisserung und -darstellung geworden. Aber auch gesellschaftliche Macht und Kontrolle vollziehen sich in diesem Medium.

Der Körper ist einerseits sperrig und widersetzt sich in seiner spezifischen Eigenlogik der vollständigen Instrumentalisierung. Insofern bindet er Hoffnungen auf feste naturhafte Bezugspunkte der Lebensgestaltung. Andererseits ist er ein bevorzugtes Objekt für Veränderungsstrategien, in denen sich Subjekte ihre Hoffnungen auf Selbstgestaltung zu erfüllen versuchen. „Die Hoffnungen auf den Körper“ sind also überdeterminiert. In ihnen mischen sich widerstreitende, zumindest ambivalente Erwartungen. In den körperbezogenen Identitätsstrategien können wir das zwangsweise spätmodernen Lebensverhältnissen ausgesetzte Subjekt in seinen Bewältigungsversuchen und spezifischen Bedürfnissen erkennen. In einer thesenhaften Verdichtung lassen sich die ambivalenten Hoff-

nungen auf den Körper und ihre gesellschaftliche Instrumentalisierung folgendermaßen zusammenfassen (vgl. ausführlicher Keupp 1999; 2000a):

- 1) Auf den Körper richten sich die Hoffnungen, mit ihm einen *unverrückbaren Bezugspunkt der persönlichen Identität* zu finden. Der Körper soll die Antwort auf die „ontologische Bodenlosigkeit“ spätmoderner Lebensverhältnisse geben.
- 2) Der Körper bildet den bevorzugten *Ort für Empfindungen der eigenen Lebendigkeit*. Körperliche „Sensationen“ bilden unstrittige Bestätigungsmöglichkeiten für die eigene Existenz, und sie können gegen die Flüchtigkeit der postmodernen Bilderflut und die Entsinnlichung einer Alltagswelt gesetzt werden, die kognitivistisch und rationalistisch dominiert ist.
- 3) Der Körper wird zum zentralen *Bezugspunkt von Authentizitätsbedürfnissen*. Das *Herdersche* Authentizitätsideal „jeder Mensch hat ein eigenes Maß“, also „seine eigene Weise des Menschseins“ (Taylor 1995, S. 38), spricht zunehmend eine Körpersprache. Umso weniger der jeweils gegebene kulturelle Rahmen konsensfähiger Vorstellungen dem Menschen sagt, „was gut ist“, suchen Menschen in ihrem Körper das Gefühl von Stimmigkeit und Echtheit.
- 4) Der Körper wird zum *Ziel individualisierter Gestaltungswünsche*. Der Wunsch individuelle „Spuren“ zu hinterlassen, wird immer mehr von der äußeren Welt auf den Körper projiziert. Die relative Plastizität und Formbarkeit des Körpers macht ihn zum bevorzugten Objekt der Veränderung. Die kreativen Gestaltungsansprüche sollen in einer Ästhetisierung des körperlichen Habitus, mindestens seines Outfits realisiert werden.
- 5) Der Körper wird zum Ort, an dem sich die *basalen Wünsche nach Anerkennung und Zugehörigkeit* festmachen. Die Erosion von Koordinaten, Kontexten und Traditionen, die Zugehörigkeit und Anerkennung verbürgen, sucht in körperbezogenen Identitätsmarkierungen und darin vorgenommenen Zuordnungen und Eingliederungen in subkulturelle Szenen ihre Kompensation. Eine auf Schlankheit, Jugendlichkeit und Gesundheit zielende Körperarbeit eröffnet sonst nicht zugängliche Chancen sozialer Anerkennung.
- 6) Der Körper wird zum *Symbol und Betätigungsfeld einer diffus-universellen Leistungsbereitschaft*. „Fitness“ wird zum Synonym einer Haltung, die eigenen Ressourcen grenzenlos zu maximieren.
- 7) Der Körper bleibt aber zugleich auch ein *Symbol des Nicht-Verfügbaren*. Er kann gesellschaftlich kodiert, manipuliert und mit Hoffnungen der instrumentellen Verfügbarkeit besetzt und überladen werden, aber er bleibt zugleich Natur mit eigener Dynamik. Diese Dialektik von Instrumentalisierung und Widerstand findet ihre Sprache in der Psychosomatik, und man muss sie zu entziffern versuchen.

In diesem widersprüchlichen Spannungsfeld müssen auch die Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention und

der Gesundheitsförderung eingeordnet und bewertet werden. Im Sinne der Salutogenese kann der Körper nur dann eine Widerstandsressource sein, wenn er nicht als beliebig vermehrbares und vernutzbare „Kapital“ verstanden und instrumentalisiert wird. Es kommt auf eine reflektierte „Ökologie des Körpers“ (Wenzel 1986) an.

3.2.2.3 Gesundheitskapitalien

Anknüpfend an *Bourdieu* (1983) und *Coleman* (1996) setzen *Coté/Levine* (2002) diese Überlegungen fort und gehen ähnlich wie *Antonovsky* von der Fragestellung aus, warum manche Heranwachsenden besser mit der Verarbeitung von kritischen Lebenserfahrungen und Übergängen im Sinne von Handlungsaufgaben zurechtkommen als andere. Zur Erklärung dieser Unterschiede entwickelten sie das Konzept des *Identitätskapitals*. Der Erwerb von Identitätskapital geschieht über die Zeit, in der Nutzung von Ressourcen mittels verschiedener (bewusster und unbewusster) Strategien und den durch diese Anstrengung gemachten Gewinn, der wiederum zur Ressource für alle weiteren Austauschprozesse wird (*Coté/Levine* 2002, S. 144). Das Identitätskapital ist demnach die Summe aller Eigenschaften bzw. Merkmale, die ein Individuum in der Interaktion mit anderen Individuen erworben bzw. zugewiesen bekommen hat. Dazu gehören soziale Ressourcen („tangible resources“) wie Kreditwürdigkeit, Mitgliedschaften, Bildungszertifikate, die sozusagen als „Passport“ in andere soziale und institutionalisierte Sphären fungieren. Und es gibt „intangible resources“ wie Ich-Stärke, außerdem „reflexive-agentic capacities“, wie Kontrollüberzeugung, Selbstwerterschätzung, Lebenssinn, die Fähigkeit zur Selbstverwirklichung und eine kritische Denkfähigkeit (*Coté* 1997). *Coté/Levine* (2002, S. 145) nehmen an, dass die Ich-Stärke bzw. das Identitätskapital den Individuen Kräfte und das Vermögen verleiht, die verschiedenen sozialen und persönlichen Hemmnisse und Chancen, auf die sie im spätmodernen Leben stoßen, verstehen und überwinden zu können.

Im Unterschied zu *Coté/Levine*, die ein hierarchisches Modell konzipieren, in dem alle anderen Kapitalien (soziales, Humankapital, ökonomisches) unter das Identitätskapital subsumiert sind, setzen *Schuller u. a.* (2004, S. 20) das Identitätskapital neben alle anderen Kapitalien ohne Annahme einer Vorrangstellung. Dies hat den Vorteil, dass man die Interaktionen zwischen den verschiedenen Kapitalien analysieren kann, ohne bereits vorab festlegen zu müssen, welches Eigenkapital am wirksamsten ist. Identitätskapital verweist nach *Schuller u. a.* (ebd.) auf die Eigenschaften des Individuums, die seine Perspektiven und sein Selbstbild bestimmen. Es enthält spezifische Persönlichkeitseigenschaften wie Ich-Stärke, Selbstachtung oder Kontrollüberzeugung. Sie nehmen ebenso wie *Coté/Levine* und *Antonovsky* an, dass diese entscheidend sind für die meisten Lern- bzw. Anpassungsprozesse beispielsweise bezüglich der Motivation und der Selbstdarstellung. Sie sind, und darin sind sich die Ansätze einig, wiederum Ergebnisse von Lernprozessen, die gesellschaftlich zugelassen sein müssen. Insofern ist nach *Schuller u. a.* das Identitätskapital den anderen Kapitalien

ähnlich: Es ist sowohl Input als auch Outcome, Ursache und Wirkung. *Schuller u. a.* gehen davon aus, dass je mehr Kapitalien – Fähigkeiten, Qualifikationen, soziale Beziehungen – jemand hat, desto besser ist er als Person gestellt. Allerdings, so die Autoren sind die meisten Lernprozesse ein Ergebnis des Zusammenspiels von Identitätskapital als Repräsentation des psychologischen, von Humankapital als des ökonomischen und von sozialem Kapital als Repräsentation des politischen Pols.²⁰

Schuller u. a. nehmen an, dass die meisten Handlungen und Erfahrungen zwischen zwei Polen platziert sind: Beispielsweise hilft ein Stimmtraining, das gemacht wird, um die Karrierechancen zu verbessern, auch das soziale Netz zu vergrößern, ist also sozio-ökonomisch angelegt. Mit ihrem („triangle“) Modell gehen sie davon aus, dass Ergebnisse des Anpassungsprozesses eine Kombination von zwei oder allen drei polaren Konzepten sind. So ist z. B. Gesundheit (physische oder psychische) das Produkt von individuellen Fähigkeiten, die jemand aufbringen kann, von den sozialen Beziehungen und Netzen, in die er eingebunden ist und von der Sicht auf das Leben sowie der Selbsteinschätzung – und alle diese Faktoren interagieren miteinander.

Das salutogenetische Modell von *Antonovsky* arbeitet zwar nicht mit dem Kapitalbegriff, geht aber ebenfalls wie *Schuller u. a.* (2004) von einem interdependenten Modell zwischen Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl aus. Die Höhe des Kohärenzgefühls wirkt auf die Ressourcen zurück und vermehrt diese wie auch umgekehrt. Dabei nimmt er an, dass die Identität bzw. Ich-Stärke bei der Entwicklung des Kohärenzgefühls eine wichtige Rolle einnimmt. So gesehen kann das Kohärenzgefühl als Ergebnis eines Identitätsprozesses begriffen werden, das im Gesamt der Widerstandsressourcen (zu denen auch die Ich-Stärke gehört) das Aktivierungspotenzial übernimmt.

Im Unterschied zu den oben genannten Autoren betont *Antonovsky* darüber hinaus die Bedeutung gesellschaftlicher Ressourcen, die den Individuen über die Teilhabe an sinnvollen Formen von Tätigkeiten, mit denen diese ihren Lebensunterhalt bestreiten können, Erfahrungen von Anerkennung vermitteln und ein bestimmtes Maß an Sicherheit gewährleisten. Dieses Konzept erscheint direkt anschlussfähig an die Lebensrealität, in der Menschen mit Behinderung diese Teilhabe einfordern, z. B. über Selbsthilfebewegungen (Kniel/Windisch 2005).

Antonovsky nimmt an, dass das Kohärenzgefühl in der Kindheit aufgrund spezifischer Lebenserfahrungen entsteht, die geprägt sind von Konsistenz, einer Belastungsbalance und Erfahrungen von Partizipation. Insbesondere die Partizipation erscheint als zentraler Faktor in Bezug auf Ressourcenaktivierung bzw. Ressourcenförderung.

Erst durch Handlungsräume, in denen Mitwirkung, aktive Gestaltung und Einflussnahme möglich sind, werden jene Voraussetzungen geschaffen, die für die Entwicklung und Stärkung des Kohärenzgefühls, aber auch anderer (ähnlicher) personaler Ressourcen wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung sowie Widerstandsfähigkeit notwendig sind (vgl. Lenz 2004). Auch wenn dieser Zusammenhang bislang kaum untersucht wurde, zeigt eine Studie zur Partizipation in Heimen (vgl. Straus u. a. 2008), dass eine enge Beziehung zwischen der Höhe des Kohärenzgefühls und einer erlebten und praktizierten Teilhabe an Alltagsentscheidungen besteht. „Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne Bedeutung. Dies gilt für direkte persönliche Beziehungen, für die Arbeit und für alles andere, was innerhalb unserer Grenzen liegt“ (*Antonovsky* 1997, S. 93). Entscheidend ist dabei aber auch, dass die Partizipation sich auf Bereiche bezieht, die sozial anerkannt sind. Die Bedingungen, die zu einem starken Kohärenzgefühl beitragen, unterscheiden sich kulturell und sind, wie *Antonovsky* ausführt „weit von einer Zufalls- oder Gleichverteilung entfernt“ (ebd., S. 95). Die Erfahrungsmöglichkeiten von Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation sind auch unterschiedlich für die verschiedenen Lebenszyklen.

3.2.2.4 Risiko- und Schutzfaktoren

Wie schon deutlich wurde, gibt es eine Vielfalt biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, die in ihrem multikausalen Zusammenspiel als ursächlich für die Förderung oder Beeinträchtigung der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen angesehen werden.

Um die Hintergründe der Entstehung von Gesundheit und Krankheit bei Heranwachsenden, aber auch der Bedingungen für die mögliche Prävention von Krankheit in ihrer Komplexität zu erfassen, ist es wichtig, über angemessene *Verlaufsmodelle* von angepasster (gesunder) und fehlangepasster (kranker) Entwicklung zu verfügen. Solche Entwicklungsmodelle beschäftigen sich im Allgemeinen mit Erklärungsversuchen über die Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihren Lebenskontexten im Zeitverlauf. Im Zusammenhang mit dem Thema des vorliegenden Berichts erscheint das *transaktionale Entwicklungsmodell* von *Sameroff* (2000) am besten geeignet, die allgemeine und die damit eng zusammenhängende gesundheitliche Entwicklung von Heranwachsenden zu erklären. Aus seinem Blickwinkel ist Entwicklung das Produkt eines kontinuierlichen Austauschs zwischen biologischen und psychologischen Merkmalen des Kindes bzw. Jugendlichen und dessen Interaktionen mit der sozialen Umwelt. Grundlegende Annahme dieses Modells ist, dass verschiedene biologische, kognitive und psychologische Merkmale des Kindes und die Bedingungen, die Kinder und Jugendliche in ihren unmittelbaren Lebenskontexten (z. B. Familie, Peer-Gruppe, Schule etc.) erfahren, sich in ihren Wirkungen gegenseitig beeinflussen (z. B. macht das Kind Erfahrungen mit dem elterlichen Erziehungsverhalten und reagiert darauf, was wiederum Reaktionen der Eltern hervorruft). Diese Wechselwirkungen führen dazu, dass sich kontinuierlich

²⁰ Eine Münchner Studie zum Kohärenzgefühl und den Widerstandsressourcen in Bezug auf den Gesundheitsstatus hat gezeigt, dass Ressourcen nicht als „fixe“ Einflussgrößen aufzufassen sind, sondern in einem interdependenten Wechselverhältnis stehen: Beispielsweise kann ein niedriges Kohärenzgefühl ausgeglichen werden durch starke soziale Bindungen (vgl. Straus/Höfer 2000).

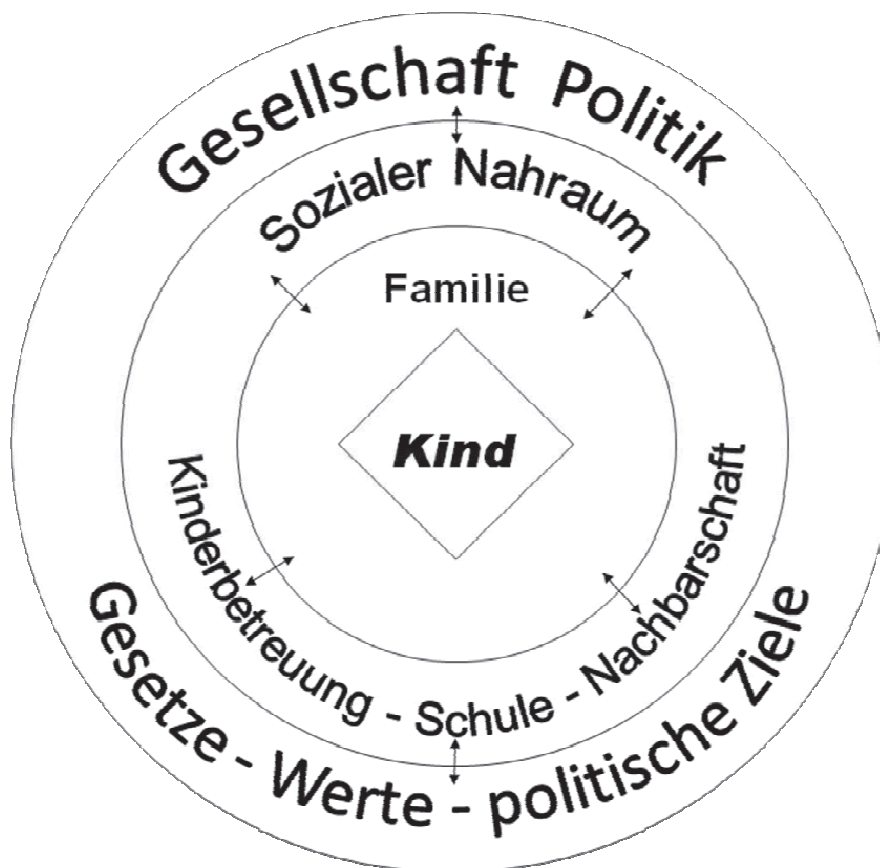
neue Verhaltens- und Interaktionsformen bilden, die auf die Entwicklung des Heranwachsenden wiederum erneut Einfluss nehmen. Die Entwicklung eines Kindes, die auch das Maß seiner Gesundheit beeinflusst, kann also als Resultat fortdauernder, dynamischer Wechselbeziehungen zwischen dem Kind mit seinen bisherigen Erfahrungen, seinen Bezugspersonen und seinem weiteren sozialen Lebensraum verstanden werden. Die Ausgestaltung dieser unmittelbaren Lebenskontexte und damit auch ihre für die Entwicklung des Kindes förderlichen Qualitäten stehen wiederum in Wechselwirkung mit sozial- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen (wie z. B. Elterngeld, Zahl und Qualität der verfügbaren Betreuungsangebote, drohende Arbeitslosigkeit), die damit mittelbar Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit der Kinder und Jugendlichen nehmen (vgl. Abbildung 3.4.). Für diese entwicklungsnotwendigen Erfahrungen „zugelassen zu sein“, ist eine Grundvoraussetzung, die für die Aufgabe des Heranwachsenden mit Behinderung expliziert gegeben sein muss.

Die in Anlehnung an das systemökologische Entwicklungsmodell von *Bronfenbrenner* (1986) erstellte Grafik veranschaulicht durch die Anordnung der unmittelbaren und der mittelbaren Lebenskontexte von Kindern und Ju-

gendlichen auf konzentrischen Kreisen, deren Mittelpunkt das Kind bzw. der Jugendliche bildet, die unterschiedliche Nähe und Distanz dieser Lebenskontexte zum Kind. Dieses wird von *Bronfenbrenner* – in Übereinstimmung mit *Sameroff* (2000) – nicht als passiver Rezipient von Einflüssen auf seine Entwicklung verstanden, sondern nimmt auch seinerseits aktiv Einfluss auf seine Lebenskontexte. Dabei sind die wechselseitigen Einflussmöglichkeiten und damit die Bedeutung für die biopsychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in den unmittelbaren Lebenskontexten, also in der Familie und im sozialen Nahraum (Gleichaltrigen-Gruppe, Kindertagesstätte etc.) am größten. Die in dem Modell weiter außerhalb liegenden Systemebenen der mittelbaren Lebenskontexte (Gesellschaft und Politik) bieten dagegen potenzielle Ansatzpunkte für aussichtsreiche Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems, die die Rahmenbedingungen in den unmittelbaren Kontexten verbessern und damit indirekt positiven Einfluss auf die (gesundheitliche) Entwicklung der Kinder und Jugendlichen nehmen können, etwa durch Programme zur Stärkung der Erziehungskompetenz im Rahmen von Familienbildung, durch Frühförderung von Kindern mit drohenden oder bestehenden Behinderungen,

Abbildung 3.4

Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit aus Systemperspektive



Quelle: Eigene Darstellung

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen. Wieweit aber solche Programme realisiert werden können, hängt wiederum ab von der noch weiter außerhalb liegenden Ebene der gesellschaftlichen Werthaltungen und politischen Prioritätensetzungen. Von daher kommt der Politik und den dort Agierenden eine bedeutsame Rolle bei der Wahrnehmung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention zu.

In diesem Zusammenhang ist auch das Wissen um die nachfolgend dargestellten, von der entwicklungspsychologischen und klinisch-psychologischen Forschung identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren von großer Bedeutung für Erfolg versprechende Gesundheitsförderung, Prävention und schließlich auch Intervention.

Diese Risiko- und Schutzfaktoren nehmen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf von (gesunden) Entwicklungsprozessen und lassen sich in Übereinstimmung mit dem salutogenetischen Modell von *Antonovsky* und in Anlehnung an das systemökologische Modell von *Bronfenbrenner* (1986), wie oben dargestellt, auf der Ebene des Kindes bzw. des Jugendlichen selbst sowie auf den Ebenen seiner unmittelbaren und mittelbaren Lebenskontexte verorten.

Risikofaktoren steigern die Wahrscheinlichkeit eines problematischen Entwicklungsverlaufs. Voraussetzung dafür ist eine Vulnerabilität²¹ bzw. Verletzlichkeit aufseiten des Kindes. So sind z. B. Kinder mit Aufmerksamkeitsdefiziten und verstärkter Impulsivität stärker als unbeeinträchtigte Kinder in Gefahr, später delinquentes oder Suchtverhalten zu entwickeln, und dies vor allem dann, wenn weitere Risikofaktoren (z. B. ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern) dazukommen und es an ausgleichenden Schutzfaktoren fehlt (was die Vulnerabilität für den Einfluss eines Risikofaktors aufseiten des Kindes erhöht). Mit den genannten Vulnerabilitätsfaktoren aufseiten des Kindes gehen zudem Phasen gesteigerter Vulnerabilität einher, die vor allem in der Zeit von Entwicklungsübergängen (z. B. Eintritt in den Kindergarten oder Wechsel von der Grund- in die weiterführende Schule) auftreten.

Als positives Gegenstück zum Konzept der Risikofaktoren lässt sich das Konzept der Schutzfaktoren fassen. Schutzfaktoren können als grundlegende Ressource für eine gelingende Entwicklung von Kindern und Jugendlichen betrachtet werden: Ihnen kommt zum einen die bedeutsame Rolle von generell förderlichen Bedingungen in unterschiedlichen Entwicklungsdimensionen zu. Zum anderen können sie mögliche ungünstige Folgen von bestehenden Entwicklungsrisiken im Sinne einer Pufferwirkung mildern: Liegt ein starker Schutzfaktor (z. B. sichere Bindung an eine Bezugsperson) vor, kann auch ein starker Risikoeffekt (z. B. Alkoholabhängigkeit des Vaters) gemindert oder sogar völlig neutralisiert werden.

Fehlen dagegen Schutzfaktoren, kommt der Risikoeffekt mit seinen kurz- und langfristigen Auswirkungen voll zum Tragen. Umgekehrt kann die positive Bewältigung von (risikoreichen) Entwicklungsübergängen und den damit verbundenen neuen Anforderungen (z. B. gute soziale Integration in einen neuen Klassenverband) auch langfristig einen positiven weiteren Entwicklungsverlauf begünstigen.

Zur Konkretisierung wird im Folgenden eine exemplarische Auswahl vor allem solcher Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen vorgestellt, die zum einen längerfristige Wirkungen haben können, zum anderen potenzielle Ansatzpunkte für Prävention und Intervention im Rahmen von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe – ggf. in Kooperation mit anderen Systemen – aufweisen. Die Tabellen 3.1 und 3.2 geben einen Überblick zu Risiko- und Schutzfaktoren der Entwicklung auf unterschiedlichen Ebenen.

Neben der Art von Risiko- und Schutzfaktoren sind einige weitere Aspekte von Bedeutung für den Verlauf der Entwicklung – auch im Sinne der beschriebenen Ausgleichswirkung dieser Faktoren: Zum einen Zahl und Intensität von Risikofaktoren: Diese treten oftmals kumuliert auf. So vergrößert sich z. B. das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung, wenn mehrere persönliche und soziale Risikofaktoren (z. B. chronische Krankheit des Kindes, depressive Erkrankung der Mutter, geringe Unterstützung aus dem sozialen Umfeld) zusammen auftreten (Ettrich u. a. 2002; Ihle u. a. 2002). Dabei hat die Anzahl der vorliegenden Risikofaktoren einen weit größeren Einfluss auf die Entwicklung eines Heranwachsenden als der spezifische Typ des Risikos (biologisch, psychologisch oder sozial; Fergusson/Horwood 2003). Andererseits kann eine Kumulation von Schutzfaktoren dazu beitragen, dass manche Kinder und Jugendliche eine Fülle an Ressourcen für eine positive Entwicklung – ggf. trotz bestehender Risikofaktoren – aufweisen.

Zu unterscheiden sind Risikofaktoren weiter im Hinblick auf den Zeitpunkt ihres Auftretens in der Entwicklung des Kindes, ihre Dauer und die Langfristigkeit bzw. Verkettung ihrer Auswirkungen. Dabei können die Wirkungen zeitlich sehr begrenzt sein (z. B. die zusätzliche Belastung eines Kindes durch eine Krankheit der Mutter zum Zeitpunkt eines wichtigen Statusübergangs wie der Einschulung), sie können aber auch langfristige ungünstige Wirkungen entfalten und werden diesbezüglich in disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren untergliedert. Diese haben häufig eine additive Wirkung, d. h., dass disponierende Einflussfaktoren (z. B. verstärkte Aggressivität) oftmals von auslösenden (z. B. Gewalterfahrungen und dadurch bedingte Traumatisierungen) und aufrechterhaltenden Einflussfaktoren (z. B. ungünstiges Erziehungsverhalten) begleitet werden und das Risiko für eine dissoziale Entwicklung erhöhen. Von Bedeutung für die weitere Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist auch die Abfolge, in der die einzelnen Risikofaktoren auftreten: Bestehen Risiken bereits für frühe Entwicklungsphasen, kann sich dies auf spätere Phasen im Sinne einer Verkettung und damit Kumulation von Risikobedingungen auswirken, wie dies ja auch für

²¹ Vulnerabilität kennzeichnet die Anfälligkeit bzw. Verletzbarkeit einer Person gegenüber genetisch biologischen und umgebungsbezogenen Faktoren, die das Risiko für eine fehlangepasste Entwicklung in unterschiedlichen Bereichen (z. B. sprachliche, emotionale oder soziale Entwicklung) erhöhen.

Tabelle 3.1

Biologische und psychologische Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

		Biologische Faktoren	Psychologische Faktoren
Ebene des Kindes	Risikofaktoren	<p>Stressbelastung der Mutter während der Schwangerschaft (z. B. durch ungünstige Lebensbedingungen)</p> <p>Substanzkonsum (Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin) während der Schwangerschaft</p> <p>Ungünstiger Schwangerschafts- und Geburtsverlauf (z. B. körperliche Erkrankungen der Mutter, Sauerstoffmangel des Kindes unter der Geburt)</p> <p>Niedriges Geburtsgewicht (≤ 500g)</p> <p>(Extreme) Frühgeburtlichkeit (≤ 30. Schwangerschaftswoche)</p> <p>Chronische Erkrankung (z. B. Neurodermitis)/ Behinderung (z. B. Down-Syndrom) des Kindes</p>	<p>Unterdurchschnittliche Intelligenz (≤ 85 IQ-Punkte)</p> <p>Motorische und sprachliche Entwicklungsdefizite</p> <p>Mangelnde Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit (z. B. oft leicht abgelenkt sein, häufiger Tätigkeitswechsel)</p> <p>Mangelnde Emotionsregulation und Impulskontrolle (z. B. häufige und schnelle Wutausbrüche, unkontrollierte Traurigkeit)</p> <p>Eingeschränktes Problemlöseverhalten (z. B. häufige Verwendung von Aggression zur Konfliktlösung)</p>
	Schutzfaktoren	Guter allgemeiner (körperlicher) Gesundheitszustand	<p>Intelligenz im Normbereich (IQ-Werte im Bereich 86 bis 120 Punkte)</p> <p>Spezielle Talente/Interesse an Hobbies</p> <p>Positives Selbstwertgefühl</p> <p>Aktives Bewältigungsverhalten (z. B. konstruktive Problemlösungen)</p> <p>Fähigkeit, sich von ungünstigen Einflüssen zu distanzieren (psychisch und räumlich)</p> <p>Selbstbezogene Kontrollüberzeugung</p> <p>Vorausplanendes Verhalten</p> <p>Selbsthilfefertigkeiten (z. B. Wissen um soziale Unterstützung bei Schwierigkeiten)</p>

Quelle: Ettrich u. a. (2002), Gadow (2007), Grossmann/Grossmann (2007), Hampel u. a. (2007), Holodynski (2005), Holtmann/Laucht (2007), Hüther (2007), Ittel/Scheithauer (2007), Jungmann (2006), Lösel/Bender (2007), Rauh (2007), Sarimski (2007), Scheithauer u. a. (2000), Stadler u. a. (2007), Werner (2007), Werner/Smith (2001)

Tabelle 3.2

**Soziale Risikofaktoren und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
in unterschiedlichen Lebenskontexten**

		Soziale Faktoren
Familie	Risikofaktoren	<p>Unsichere Bindungserfahrungen</p> <p>Trauma-Erfahrungen</p> <p>Ungünstiges Erziehungsverhalten (z. B. Überbehütung des Kindes oder harte körperliche Bestrafungen)</p> <p>Ungünstige Eltern-Kind-Interaktionen (z. B. geringe Rücksichtnahme auf Bedürfnisse des Kindes in Alltagssituationen, mangelnde oder inadäquate Zuwendung)</p> <p>Niedriger sozioökonomischer Status (z. B. durch ALG-II-/Sozialgeldbezug der Familie) und damit assoziierte Lebensbedingungen (z. B. beengte Wohnverhältnisse, niedriger elterlicher Bildungs- und Beschäftigungsstatus)</p> <p>Psychische Erkrankung in der Familie (z. B. Depression der Mutter)</p> <p>Chronische eheliche Disharmonie (z. B. häufige Uneinigkeit der Eltern)</p>
	Schutzfaktoren	<p>Sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson (z. B. Eltern, Großeltern)</p> <p>Offenes, unterstützendes Erziehungsklima (z. B. wertschätzende Haltung gegenüber dem Kind; Sensibilität für die Probleme des Kindes)</p> <p>Familiärer Zusammenhalt (z. B. elterliche Unterstützung bei Problemen des Kindes)</p> <p>Positives Bewältigungsverhalten der sozialen Umwelt (z. B. gute Problemlösefertigkeiten, vorhandenes soziales Netzwerk)</p>
Sozialer Nahraum	Risikofaktoren	<p>Unkritische Nutzung von Medienangeboten (z. B. sehr häufiges Fernsehen, unkritischer Umgang mit Gewalt verherrlichenden Videospielen)</p> <p>Schulschwierigkeiten (z. B. schlechte Noten, Klassenwiederholungen, Schulverweigerung)</p>
	Schutzfaktoren	<p>Soziale Unterstützung (z. B. in Kindergärten, Sportvereinen)</p> <p>Dauerhafte, unterstützende Freundschaften/positive respektvolle Gleichaltrigenbeziehungen</p> <p>Frühförderung, Angebote der Jugendhilfe (z. B. Kindertagesstätten, Familienbildung, Erziehungsberatungsstellen)</p>
Gesellschaft/ Politik	Risikofaktoren	<p>Kinderentwöhnte Gesellschaft/„Strukturelle Kinderfeindlichkeit“</p> <p>Gestiegene Leistungserwartungen (z. B. durch Verkürzung der Schulzeit)</p>
	Schutzfaktoren	<p>Gesellschaftliche und politische Aktivitäten (z. B. Ausbau von Kindertagesbetreuung und Ganztagschulen)</p>

Quelle: Ahnert u. a. (2004), Beelmann u. a. (2007), Cefai (2007), Fröhlich-Gildhoff u. a. (2008), Gabriel/Bodenmann (2006), Gadow (2007), Göppel (2007a), Hahlweg u. a. (2008), Hintermair (2006), Kurstjens/Wolke (2001), Lamb/Ahnert (2006), Möhler u. a. (2006), Opp (2007), Pierrehumbert u. a. (2002), Scheithauer u. a. (2007), Scheurer-Englisch (2007), Weiß (2007), Werner (2007), Werner/Smith (2001)

die Folgen früher Traumatisierungen häufig beschrieben wird. So kann eine depressive Erkrankung der Mutter in den ersten Lebensjahren des Kindes mit wenig förderlicher Anregung und einer unsicheren Mutter-Kind-Bindung einhergehen, und die Auswirkungen dieser frühen Interaktionserfahrungen können die kognitive und sozioemotionale Entwicklung des Kindes auch dann noch nachhaltig beeinträchtigen, wenn die Mutter wieder gesund ist. Zudem kann die psychische Erkrankung der Mutter zu einer prekären sozioökonomischen Lebenssituation führen, die wiederum zu den weiteren bereits dargestellten Risikofaktoren und Stresserfahrungen führen können. Auch hier gilt, dass die Auswirkungen früher Risiken sich umso ungünstiger auf die Entwicklung auswirken, je größer die Dauer und Intensität weiterer Risiken sind, wobei auch hier der mögliche Ausgleich durch Schutzfaktoren zu beachten ist, die ebenfalls in den genannten Dimensionen variieren und kumulative Effekte zeigen können (so kann der Aufbau einer sicheren Bindung in der frühen Kindheit Selbstvertrauen, Beziehungsfähigkeit und soziale Kompetenz von Heranwachsenden begünstigen, die in Belastungssituationen wichtige Ressourcen darstellen).

Neben diesen Aspekten müssen auch alters- und geschlechtsspezifische, kulturelle Muster in ihren Auswirkungen berücksichtigt werden. Generell haben biologische Risikofaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung vom Säuglings- bis ins Vorschulalter, deren Bedeutung nimmt aber im Lauf der weiteren Entwicklung relativ zu der steigenden Bedeutung von psychosozialen Faktoren ab.

Generell sind umso mehr Ressourcen auf der protektiven Seite notwendig, je mehr Belastungen und Risiken ein Kind in seiner Entwicklung ausgesetzt ist. Das bedeutet aber auch, dass sich die förderlichen Effekte von vorhandenen Schutzfaktoren bei kumulierten, intensiven Risikobedingungen am schwierigsten nachweisen lassen, obwohl sie vor allem in solchen Konstellationen von besonderem Gewicht sind, da die Entwicklung ansonsten mit großer Wahrscheinlichkeit noch sehr viel ungünstiger verlaufen wäre.

3.2.2.5 Resilienz

Da in diesem Bericht die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen unter der salutogenetischen Perspektive betrachtet wird, richtet sich das Interesse besonders auf Schutzfaktoren, die eine gesunde Entwicklung auch bei bestehenden Risiken fördern können. An dieser Stelle ergeben sich Anschlussmöglichkeiten nicht nur zum Konzept der Widerstandsressourcen (*Antonovsky*), sondern auch zum Konstrukt der *Resilienz*.²² Trotz verschiedener Konzeptualisierungen

dieses Konstrukts innerhalb der Forschung besteht allgemein Übereinstimmung, dass von Resilienz dann gesprochen werden kann, wenn Individuen, die mit negativen Lebensereignissen oder Belastungen konfrontiert sind, Kapazitäten mobilisieren können, die sie gesund erhalten. Unter Resilienz wird dabei „die Fähigkeit verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin 2008, S. 13). Resilienz stellt danach keine Eigenschaft i. e. Sinne dar, sondern ist als Prozess zu begreifen, „als spezifische Weise von Handlungen und Orientierungen, die insbesondere bei Übergängen im individuellen Lebenszyklus und im Familienzyklus bedeutsam werden.“ (Hildenbrand 2008, S. 23).

Resilienz beschreibt sowohl spezifische Handlungs- und Orientierungsmuster der Krisenbewältigung als auch deren Weiterentwicklung durch die immer neuen Erfahrungen der Bewältigung von Krisen. Resilienz ist damit ein lebenslang andauernder Prozess. Sie kann nicht aus der Abwesenheit von Auffälligkeiten geschlossen werden, sondern zeigt sich in der erfolgreichen Bewältigung oder Abmilderung widriger Umstände. Damit bezieht sich die Resilienzforschung zumindest teilweise auf die Tradition der Ansätze zur Stress-Bewältigung.

Die Betrachtungsweise von Resilienz als Prozess ist, wie *Hildenbrand* (2008, S. 24) betont, auch folgenreich für die Einschätzung resilienter Eigenschaften. Sie sind danach immer im jeweiligen Gesamtlebenskontext zu beurteilen. Denn, was in einer bestimmten Altersphase resilient ist, beispielsweise die Familienkohäsion, die Kinder schützt, wenn sie klein sind, kann in einer anderen Altersphase als Einschränkung wirken, wenn es beispielsweise um Ablöseprozesse im Jugendalter geht. *Rutter* (1987) spricht vor allem von vier Wirkungen von Resilienz: die Reduktion von Belastungen, die Reduktion von negativen Kettenreaktionen, die Entwicklung und Beibehaltung von Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit sowie die Eröffnung von Chancen.

Die Berücksichtigung dieser Faktoren ist besonders vor dem Hintergrund der Prävention der „neuen Morbidität“ (also von Krankheiten, die eng mit dem Lebensstil und den Lebensverhältnissen zusammenhängen) bedeutsam, da dadurch zum einen modifizierbare Risikolagen identifiziert und entschärft werden können. Zum anderen kann bei kaum veränderbaren Risikolagen die Entwicklung oder Stärkung protektiver Faktoren zur Krankheitsabwehr oder zumindest zu einer besseren psychosozialen Bewältigung einer dauernden körperlichen Beeinträchtigung führen. Zudem ermöglicht eine Identifizierung und Operationalisierung von einzelnen umschreibbaren und empirisch nachgewiesenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit es der politischen und fachpolitischen Ebene, gezielt tätig zu werden und durch entsprechende Aktivitäten das Verhältnis von Schutz- und Risikofaktoren in bestimmten kritischen Lebenssituationen positiv zu beeinflussen.

Das Konzept der Resilienz bezieht sich somit ebenso wie das der Salutogenese auf die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und

²² Psychische Widerstandsfähigkeit (Robustheit) von Individuen trotz des Vorliegens von Risikofaktoren. Studien zum Thema Resilienz werden im Unterschied zum breit untersuchten Feld der Risikofaktoren erst seit etwa 20 Jahren systematisch durchgeführt, sodass zurzeit noch relativ wenig gesicherte Erkenntnisse vorliegen (Holtmann/Schmidt 2004). Ein Großteil der vorliegenden Forschungsergebnisse stammt zudem aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, die Forschung bezüglich des europäischen und speziell deutschen Kulturraums ist noch sehr lückenhaft.

psychosozialen Entwicklungsrisiken und beschreibt damit einen ganz ähnlichen Paradigmenwechsel gegenüber dem klassischen Blick auf Krankheit. Beide Konzepte gehen von ähnlichen Fragestellungen aus und analysieren die Rolle von Ressourcen als Widerstandressourcen (Salutogenese) bzw. als Schutzfaktoren (Resilienz). *Antonovsky* selbst sieht große Übereinstimmung insbesondere mit den Untersuchungen zu *Werner* und *Smith* (1982). „Obwohl ich mich in der Kindesentwicklung, ihrem Spezialgebiet, nur sehr wenig auskannte, gab es zwischen uns ein Gefühl grundsätzlicher Verständigung. Ich merkte, dass wir dieselben Fragen stellten und uns bei der Beantwortung in die gleiche Richtung bewegten.“ (ebd. 1997, S. 55)

Differenzen erklären sich weniger durch konzeptionelle Widersprüche als vielmehr aufgrund der Entstehungsdisziplinen (Entwicklungspsychologie und Gesundheitssoziologie) und der unterschiedlichen sprachlichen und theoretischen Bezüge. So ist die Resilienzforschung ebenso wie die Salutogenese prozessorientiert ausgerichtet, argumentiert aber häufiger in Persönlichkeitskategorien bzw. -eigenschaften. Die Salutogenese fokussiert ebenso wie die Resilienzforschung auf Belastungs-Bewältigungsprozesse von Individuen, bettet diese aber systematischer in gesellschaftliche Rahmenfaktoren ein. Der Vorteil einer leichteren Anschlussfähigkeit an Konzepte der Gesundheitsförderung geht bei der Salutogenese aber zugleich einher mit einem weniger elaborierten Entwicklungskonzept.²³

Insgesamt erscheint die Salutogenese als das konzeptionell stärker ausgearbeitete und übergreifende Modell (vgl. Rückert u. a. 2006). Das Modell der Salutogenese ist auf Krankheit und Gesundheit allgemein und nicht nur auf Gesundheit ausgerichtet und bietet somit ein umfassenderes Verständnis des Prozesses. Allerdings können die Erkenntnisse und Wirkfaktoren der Resilienzforschung für das Modell der Salutogenese fruchtbar gemacht werden.

3.2.2.6 Zur Wirkung des Kohärenzgefühls auf Gesundheit

Antonovsky hat ein Instrument zur Messung des Kohärenzgefühls entwickelt, das mittlerweile in 14 Sprachen übersetzt und in 20 Ländern angewendet wurde. Auch wenn es einige kritische Stimmen zum Instrument gibt (vgl. Eriksson 2007; Geyer 2000), so belegen mittlerweile eine beträchtliche Anzahl an internationalen Studien den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl, Gesundheit und Krankheit (Eriksson 2007; Singer/Brähler 2007). Die meisten bisher veröffentlichten Studien untersuchten den *Sense of Coherence* (SOC) als unabhängige Variable. Eine finnische Arbeitsgruppe (Eriksson/Lindström 2007) stellte eine Übersicht mit 458 wissenschaftlichen Arbeiten und 13 Dissertationen zur Wirkung des Kohärenzgefühls systematisch zusammen. In diesen Untersuchungen

zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Kohärenzgefühls und Wohlbefinden, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. Dies gilt sowohl für Kinder, Erwachsene wie auch für Familien.

Bezüglich des Zusammenhangs zu Gesundheit zeigen sich ebenfalls zahlreiche Effekte. Dabei sind die Beziehungen zwischen physischer Gesundheit weniger eindeutig als zu psychischer bzw. psychosomatischer Gesundheit. Das Kohärenzgefühl (SOC) korreliert stark mit psychischer Gesundheit, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnizität, Nationalität und Studiendesign. Ein hoher SOC korreliert in der Regel mit einem geringen Stresserleben und mit einem geringen Beschwerdedruck. Der SOC ist ein besserer Prädiktor für Suizidgefahr als Depressivität (Petrie/Brook 1992). Zu physischer Gesundheit lässt sich ein solcher Zusammenhang zwar ebenfalls nachweisen, allerdings fallen die entsprechenden Korrelationen niedriger aus (vgl. Singer/Brähler 2007, S. 36). Insgesamt kommt die finnische Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis: „Despite of some uncertainty the interpretation and the conclusion of included studies is that SOC seems to be a healthy resource, promoting resilience and the development of a positive state of health“ (Eriksson 2007, S. 34).

Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche ab 14 Jahren: So leiden Jugendliche mit einem höheren Kohärenzgefühl deutlich weniger unter psychosomatischen Stresssymptomen und psychischen Belastungen bzw. Demoralisierung. Sie zeigen auch weniger Risikoverhaltensweisen und sind mit ihrer Gesundheit bzw. mit ihrem Leben deutlich zufriedener (vgl. Höfer 2000a/b). Das Kohärenzgefühl fungiert so gesehen als Medium, das vorhandene Widerstandressourcen auch tatsächlich nutzbar macht für Optionen und konkrete Handlungsmöglichkeiten.

Trotzdem bleibt noch eine Reihe von Fragen offen. So ergeben beispielsweise die verschiedenen Studien und Untersuchungen bezüglich der Unabhängigkeit des SOC vom Geschlecht ein heterogenes Bild. Da kaum Längsschnittuntersuchungen existieren, blieb bisher auch die Frage nach der Stabilität bzw. der Entwicklungsmöglichkeit des SOC empirisch weitgehend ungeklärt. Die bislang angenommene Kulturunabhängigkeit des SOC, wurde eher angezweifelt, auch wenn die Untersuchungen in verschiedenen Ländern in diese Richtung deuteten, da sich diese Länder kulturell gesehen relativ ähnlich waren (vgl. Franke 1997). Mittlerweile gibt es aber auch Untersuchungen aus Staaten des ehemaligen Ostblocks, aus Asien und aus Afrika, „sodass man nicht länger behaupten kann, dass der *Sense Of Coherence* ein westliches Konstrukt beziehungsweise nur dort validiert sei“ (Singer/Brähler 2007, S. 30).

3.2.2.7 Integration von Pathogenese und Salutogenese

Versucht man die Diskussion um Pathogenese und Risikofaktoren auf der einen Seite und Salutogenese, Widerstands- und Schutzfaktoren auf der anderen Seite zusammenzufassen, ist es im Anschluss an *Antonovsky* sinnvoll, die Suche nach spezifischen Krankheitsursachen (patho-

²³ Die Salutogenese basierte teilweise auf einem Entwicklungsmodell, das mit der Adoleszenz ihren Abschluss fand, während die Resilienzforschung zwar von der Kindheit ausging, stets aber von einem lebenslangen Entwicklungsprozess sprach.

genetischer Ansatz) durch die Suche nach gesundheitsfördernden bzw. gesund erhaltenden Faktoren (salutogenetischer Ansatz) zu ergänzen. Um die unterschiedlichen Zugänge zu Gesundheit und Krankheit in ihren charakteristischen Perspektiven ordnen zu können, hat *Antonovsky* wiederholt das einprägsame Bild verwendet, dass wir Menschen „uns alle immer im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen“ (*Antonovsky* 1993, S. 7). Und er fährt dann fort: „Wir alle, um mit der Metapher fortzufahren, sind vom Moment unserer Empfängnis bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir die Kante des Wasserfalls passieren, um zu sterben, in diesem Fluss“ (ebd., S. 8f.). Mit seiner Flussmetapher will *Antonovsky* die unterschiedlichen Positionen und Herangehensweisen von Gesundheitsförderung und Pathogenese verdeutlichen. Dabei plädiert er nicht, wie *Bauch* (2007, S. 5) anführt, für eine Gesundheitsförderung „ohne einen pathogenetischen Seitenblick“ bzw. für eine Trennung beider Systeme. Gerade mit der Annahme eines *Gesundheits-Krankheits-Kontinuums* sieht *Antonovsky* einen integrativen Ansatz beider Perspektiven gegeben, in dem die Bemühungen sowohl Kranken als auch Gesunden gelten. Erst diese Sichtweise überwindet den dichotomen Denkansatz, der zu einer eingeschränkten Sichtweise führt, und zwar auf beiden Seiten. Demgegenüber sieht der salutogenetische Ansatz vor, dass die Position jeder Person zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersucht wird. „Epidemiologische Forschung würde sich auf die Verteilung von Gruppen auf dem Kontinuum konzentrieren. Klinische Mediziner würden dazu beitragen wollen, dass sich einzelne Personen, für die sie verantwortlich sind, in Richtung des Gesundheitspols verändern“ (*Antonovsky* 1997, S. 23). Dabei, und insbesondere auch, wenn es um Hilfen geht, stellen die Probleme den Bezugspunkt dar, für das, was verändert werden soll. Für die Frage, wie Probleme verändert werden können, sind die Ressourcen der Menschen aber wichtiger, weil deren Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit bei der Bewältigung von Belastungen, Krisen und Konflikten die entscheidende Rolle spielen (vgl. *Bründel* 2004).

Aus der Sicht von *Antonovsky* können in Bezug auf die Hilfen fünf Zugänge unterschieden werden:

- Eine *kurative Perspektive* gibt es vor allem für die vom Ertrinken bedrohten Menschen und rettet bzw. betreut sie mit den Möglichkeiten des medizinischen Systems. Zentral ist die Behandlung von Krankheiten und ein expertenzentriertes, hierarchisches Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Gesellschaft hat die dafür notwendigen Ressourcen zur Behandlung zur Verfügung zu stellen. Immer wichtiger werden auch technologischer Fortschritt und genetische Kontrolle.
- Die Perspektive der *protektiven Praxis* ist auf Populationen gerichtet. In ihrer ersten Variante (Health protection) geht es vor allem um die Reduzierung von Risiken, die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung direkt verhindert. In Analogie zur Flussmetapher werden auf dieser Ebene beispielsweise Zäune gebaut, um zu verhindern, dass Menschen überhaupt in den Fluss fallen. Die zweite Variante ist die „Disease preven-

tion“, in der ebenfalls die Fachleute definieren, was schützt. In der Flussanalogie versucht man auf dieser Ebene den Menschen zu helfen, in dem sie beispielsweise mit Schwimmwesten ausgestattet werden.

Zentral für die Salutogenese ist aber, dass es nicht ausreicht, Stress zu verhindern oder zu vermeiden (vgl. *Antonovsky* 1997). Weitergehende, ergänzende Ebenen sind:

- Die *Gesundheitserziehung*: Im Mittelpunkt steht die Wissensvermittlung über einen gesunden Lebensstil. (Auf die Flussanalogie bezogen geht es darum, Menschen dazu zu bringen, schwimmen zu lernen.)
- *Gesundheitsförderung*: Diese richtet sich auf die Lebensbedingungen und ein Setting, in dem Gesundheit und Kohärenz sich entwickeln. Im Mittelpunkt stehen die personalen, sozialen Ressourcen und die körperliche Ausstattung in Relation zu den Strukturen, die diese hervorbringen. In Analogie zu unserer Flussmetapher würden auf dieser Ebene alle Faktoren in den Blick kommen, die einem Menschen helfen, mit seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten gut schwimmen zu lernen und wie man diese Bedingungen und Kompetenzen auch strukturell fördern kann.
- *Gesundheitswahrnehmung und Lebensqualität*: Ziel von Gesundheitsförderung ist es Bedingungen für ein „gutes Leben“ zu schaffen unter der Betonung eines aktiven und teilhabenden Subjekts. Auf die Flussmetapher bezogen würde es auf dieser letzten Ebene darum gehen, „Schwimmen“ als Fähigkeit der Menschen zu sehen, die Spaß macht, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit fördert.

Vor allem auf den beiden letzten Ebenen spielt die Risikoreduzierung (Schwimmen) nur noch eine nachgeordnete Rolle.

Auch, wenn das Modell der Salutogenese kein fertiges Theoriegebäude darstellt – ein Anspruch, den *Antonovsky* nie hatte –, so wird es zunehmend als konzeptuelle Rahmentheorie für Gesundheitsförderung diskutiert. Das Modell ist nach *Bengel u. a.* (1998) in der Lage, den „häufig theoriearmen und aktivistisch aneinander gereihten, präventiven Aktivitäten (...) eine Rahmentheorie, die ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen stützt“ (ebd., S. 70), zu geben.²⁴

3.2.3 Empowerment: Eine Förderperspektive

Das salutogenetische Modell richtet die Aufmerksamkeit auf die Widerstandsressourcen, die die Voraussetzung für

²⁴ Die Salutogenese bietet, wie *Richter* (2002) es formuliert, eine Metatheorie für alle Anwendungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine Legitimation für konzeptuelle Überlegungen und konkrete Maßnahmenplanung. Dieses Modell steht für kompetenzsteigernde und unspezifische Maßnahmen, schult den ressourcenorientierten Blick und lenkt den Fokus auf Lebenskontexte und deren Auswirkungen auf das Individuum. Allerdings bedarf das Verhältnis zwischen der gesellschaftlichen und individuellen Ebene einer weiteren Bearbeitung.

eine gesundheitsförderliche Lebensführung bilden. Ins Zentrum wird dabei die Handlungsmächtigkeit von Individuen gerückt. Die Stärkung dieser Handlungsfähigkeit bildet deshalb das primäre Ziel einer salutogenetisch verstandenen Förderpraxis. Das Empowermentkonzept liefert hierfür den geeigneten Rahmen. Der Begriff „Empowerment“ wird von einem gewissen Etwas, einem Flair umgeben. Das vermittelt vor allem die „Power“-Komponente im Begriff, aber er lebt nicht nur davon, sondern auch von der Vorsilbe „Em-“ die den Sinn von Geben, Abgeben, Weggeben transportiert. Und das ist gerade der zentrale Aspekt: Nicht für sich Macht fordern oder erobern, sondern sie weitergeben, sie bei anderen wecken, ihnen dabei helfen, sie zu entdecken. „Empowerment“ meint nicht einfach Veränderung der Machtverhältnisse, obwohl es auch darum geht, sondern die Gewinnung oder Wiedergewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen. Diese Perspektive richtet sich an Professionelle und ihre berufliche Grundhaltung und liefert eine Grundorientierung für jede Art von Gesundheitsförderung (vgl. Laverack 2004, 2005, 2007). Sie hat als emanzipatorischer Ansatz nicht zuletzt auch im Behindertenbereich einen hohen Stellenwert erlangt (Theunissen/Plaute 2002; Theunissen u. a. 2007).

Die Empowerment-Perspektive bündelt wichtige Lernprozesse des letzten Jahrzehnts (vgl. Herriger 2006). Sie knüpft ein Netz von Ideen zu einer neuen Orientierung psychosozialen Handelns. Es sind vor allem die folgenden Lernprozesse:

- 1) Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- oder Kompetenzperspektive. Das Wissen um die Stärken der Menschen und der Glaube an ihre Fähigkeiten, in eigener Regie eine lebenswerte Lebenswelt und einen gelingenden Alltag herzustellen, führt mit Notwendigkeit zu einer anderen beruflichen Perspektive als im Falle eines professionellen Szenarios der Hilfebedürftigkeit.
- 2) Nur jene Art von professionellem Angebot kann letztlich wirksam werden, das in das Selbst- und Weltverständnis der Adressatinnen und Adressaten integrierbar ist und das persönlich glaubwürdig und überzeugend vermittelt wird. Solche Einsichten führen mit Notwendigkeit zur Überwindung einer einseitigen Betonung professioneller Lösungskompetenzen und von der Orientierung an der Allmacht der Expertinnen und Experten zu einer partnerschaftlichen Kooperation von Betroffenen und Fachleuten. Von Dauer können nur Veränderungen sein, die den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ realisieren.
- 3) Jede professionelle Aktivität, der es nicht gelingt, zur Überwindung des Erfahrungskomplexes der „gelernten Hilflosigkeit“ oder „Demoralisierung“ beizutragen, wird wirkungslos bleiben. Die Wirksamkeit professioneller Hilfe wird davon abhängen, ob das Gefühl gefördert werden kann, mehr Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen zu erlangen.
- 4) Soziale Unterstützung im eigenen sozialen Beziehungsgefüge ist von großer Bedeutung bei der Be-

wältigung von Krisen, Krankheiten und Beeinträchtigungen sowie bei der Formulierung und Realisierung selbstbestimmter Lebensentwürfe. Gerade die Kräfte, die durch die Vernetzung von gleich Betroffenen entstehen können, sind von besonderer Qualität („peer support“).

- 5) Psychosoziale Praxis lässt sich nicht in Kategorien von Widerspruchsfreiheit oder im Funktionskreis instrumentellen Denkens adäquat erfassen. Anstelle eines Diskurses, der von der Unterstellung eines hehren Allgemeinwohls ausgeht, ist es notwendig, Widersprüche, Interessenunterschiede und unterschiedliche Bedürfnisse zum Thema zu machen. Hierzu gehören auch Themen wie die Janusköpfigkeit von Hilfe und Kontrolle in allen Formen psychosozialen Handelns; die Analyse unerwünschter Nebenfolgen „fürsorglicher Belagerung“ und ihrer institutionellen Eigenlogiken und schließlich auch die Anerkennung unterschiedlicher und teilweise widersprüchlicher Interessen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern einerseits und Professionellen andererseits.
- 6) Die wichtigste Erkenntnis, die auf solchen Pfaden divergenten Denkens zu gewinnen ist, ist die Einsicht in die Dialektik von Bedarfen, Rechten und Bedürftigkeiten. Die klassische wohlfahrtsstaatliche Philosophie war ausschließlich von einer Definition von Bedürftigkeiten und auf sie bezogenen sozialstaatlichen Hilfe- oder Präventionsprogrammen bestimmt. Die meisten Therapie- und Präventionsprogramme gehen – in aller Regel mit guten und nachvollziehbaren Gründen – von einer Annahme spezifischer Defizite und Bedürftigkeiten aus, die im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen verhindert, kompensiert oder verändert werden sollen. Erst in den 1970er-Jahren wurde – nicht zuletzt infolge heftiger Konflikte zwischen „wohlwollenden“ Helferinnen und Helfern und zunehmend eigene Ansprüche formulierenden Adressatinnen und Adressaten – die Ebene der Rechte als unabhängiger Begründungsinstanz für Handeln oder dessen Unterlassung „entdeckt“. Es war sicher kein Zufall, dass diese Entdeckung in die Zeit der sich abzeichnenden Krise des Wohlfahrtsstaates fiel. Die Krise des Sozialstaats hat auch für viele Betroffene sichtbar gemacht, dass ihre Rechte in den Wohlfahrtsleistungen keineswegs gesichert, mit deren Abbau auch gefährdet sind und eigenständig vertreten und abgesichert werden müssen. Rappaport bringt die beiden Sichtweisen auf die Formel von „Kinder in Not“ oder „Bürger mit Rechten“. Es handelt sich nicht um Entweder-oder-Perspektiven, sie müssen in dem Spannungsverhältnis, in dem sie zueinander stehen, erhalten bleiben. Dazu bemerkt Rappaport (1985, S. 268) treffend: „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz.“

Die Ressourcenförderung zielt auf die Stärkung der Handlungsfähigkeit der Subjekte. Das bedeutet nicht, dass es bei Empowermentstrategien nur um die Stärkung

personengebundener Ressourcen geht. Gerade um die individuelle Handlungsfähigkeit stärken zu können, bedarf es der Netzwerke, die in der Lage sind, Individuen in ihrer Lebensbewältigung emotional und alltagspraktisch zu unterstützen und gemeinsame Interessen wirksam zu vertreten (etwa in Form von Selbsthilfeinitiativen). Wirksame Empowermentstrategien zielen aber letztlich auch auf die institutionell-strukturelle Ebene, um die Bedingungen der Möglichkeit wirksamen Handelns zu verbessern (so ist der § 20 c SGB V eine wichtige strukturelle Voraussetzung für die kommunale Selbsthilfeförderung). Gerade durch die Verknüpfung der individuellen, gruppenbezogenen und strukturellen Ebenen ist wirksames Empowerment möglich (vgl. Miller/Pankofer 2000; Lenz/Stark 2004; Quindel 2004; Herriger 2006). Wenn Empowerment allein auf die individuelle Ebene eingengt verstanden wird, dann entsteht durchaus die Gefahr einer Individualisierung von Problemlagen, deren Bewältigung nur noch dem „unternehmerischen Selbst“ zugeschrieben und zugemutet wird (vgl. die Kritik von Bröckling 2007a; 2008a).

Empowerment bietet eine Perspektive, die sich vor allem auf die Handlungsziele und -bedingungen für Professionelle in der sozialen Arbeit und im Gesundheitssystem bezieht. Richtig verstanden schafft sie Handlungsräume für die Akteure, die durch aktive Beteiligung an der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen Selbstwirksamkeitserfahrungen machen können. Empowerment und Partizipation verweisen aufeinander: Empowerment fokussiert auf die professionelle Ermöglichung von Bedingungen der aktiven Beteiligung, die den Akteuren Erfahrungen der Handlungsmächtigkeit verschaffen können.

3.2.4 Partizipation

Eine der zentralen Voraussetzungen dafür, dass das eigene Leben als kohärent im oben beschriebenen Sinne wahrgenommen wird, ist die Erfahrung, dass man sich selbst als handlungsmächtig erfährt. Sozialisation bedeutet deshalb nicht nur Kompetenzerwerb, sondern auch Handlungsbefähigung im Sinne des Erlebens und Erfahrens einer erfolgreichen Wirkung des eigenen Handelns (vgl. Grundmann 2006, S. 186 ff.).

Um diese Erfahrung machen zu können, bedarf es Bedingungen, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich selbst als wirkmächtig zu erfahren. Gerade deshalb gewinnt alles, was Teilhabe und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht, in diesem Zusammenhang zentrale Bedeutung. Neben allen demokratietheoretischen Argumenten erweisen sich altersgemäße Teilhabe und Beteiligung aller Kinder und Jugendlichen als unverzichtbare Voraussetzungen für die Entstehung von Lebenskohärenz und als Elemente der Gesundheitsförderung.

Damit gewinnt das u. a. in den Kinder- und Jugendberichten der Bundesregierung wiederholt aufgegriffene und herausgehobene Thema Partizipation und Beteiligung eine neue Bedeutung (vgl. Deutscher Bundestag 1980, S. 114 ff., 1990, S. 88 ff.; 1998, S. 180 ff. 2002, S. 198 ff. und 254 ff.; 2005, S. 230).

Partizipation heißt die aktive Teilhabe an der Gestaltung der gesellschaftlichen Prozesse, die ein Subjekt betreffen. Das ist eine zentrale Voraussetzung für die Erfahrung von „Selbstwirksamkeit“, und das wiederum ist ein Basiskonstrukt der Gesundheitsförderung.

Ein wichtiger Indikator für das partizipative Klima in einer Gesellschaft ist das bürgerschaftliche Engagement. Im bürgerschaftlichen Engagement investieren Menschen Ideen, Zeit und Kompetenzen zur Gestaltung von Projekten, die ihnen wichtig sind. Sie erfahren in diesen Tätigkeiten ihre persönlichen Wirkungsmöglichkeiten durch selbstbestimmtes Handeln, und sie erwerben dabei für sich wichtige Erfahrungen und Fähigkeiten. Gerade für Heranwachsende liefert das Freiwilligenengagement nicht nur Gelegenheitsstrukturen für die Identitätsfindung als Bürger (vgl. Yates/Youniss 1999), sondern auch ein Experimentierfeld für die eigene Identitätsarbeit und den Erwerb von Lebenskompetenzen, die in der Reichweite und Nachhaltigkeit der Lernprozesse oft weit über das hinausreichen, was formelle Lernorte vermitteln (Keupp 2000a; 2006a).

Wenn man einen Blick auf die empirischen Belege für das Freiwilligenengagement in der Bundesrepublik richtet, dann zeigt sich ein relativ hohes Beteiligungsniveau von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, allerdings – verglichen mit der Gruppe der älteren Bevölkerungsgruppen, bei denen es zwischen dem ersten und zweiten Freiwilligenumfrage erhebliche Zuwachsraten gab – mit einer eher stagnativen Tendenz (Gensicke u. a. 2006). Die Engagementmotive von Heranwachsenden haben sich von kommunikativ-expressiven Beteiligungswünschen zu mehr instrumentellen Nutzenerwägungen verändert. Das Engagement soll sich für die berufliche Sozialisation als ertragreich erweisen. Auch beim Freiwilligenengagement bewahrt sich erneut das Prinzip: „Wer hat, dem wird gegeben“. Denn es sind vor allem die Heranwachsenden, die einen vergleichsweise guten Bildungshintergrund haben, die sich im Engagement einen weiteren Kompetenzzuwachs und ressourcenreiche soziale Netzwerke erwerben können. Die gegenwärtig allenthalben vorangetriebene Beschleunigung und Verdichtung von schulischen und universitären Bildungsprozessen (etwa durch die Verkürzung der Schulzeit und durch Bachelorstudiengänge) reduziert für Heranwachsende die zu ihrer freien Verfügung nutzbare Zeit. Dieser Prozesse dürfte auch für das stagnierende freiwillige Engagement von Jugendlichen verantwortlich sein. Es ist Teil einer problematischen Reduktion selbstbestimmter Handlungsmöglichkeiten, über formal gesetzte Rahmungen, z. B. der Bildungsprozesse, die über ihre bessere inhaltliche Weiterentwicklung (Unterrichtsgegenstände, -gestaltung und Verortung) aufgehoben werden muss.

Partizipation ist eine entscheidende Bedingung für Inklusion. Im Behindertenbereich hat dieser Gedanke vor allem in den Programmen von „Community Care“ seinen Niederschlag gefunden. Das SGB IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in rechtsverbindlicher Form. Gleich im § 1 wird die Basis gelegt, wenn gesagt wird, dass sozialstaatliche Leistungen das

Ziel haben müssen, bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“. In § 4 wird die Aufgabe der „Leistungen zur Teilhabe“ dahingehend spezifiziert, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“.

Im Sinne der „*Community Care*“-Programmatik müssen Menschen mit Behinderung in der Zivilgesellschaft „ankommen“ können, was mehr bedeutet, als „nur“ dabei zu sein (Wacker u. a. 2005). Das ist unter „Inklusion“ zu verstehen. Dazu bedarf es eines gesellschaftlichen Bewusstseins, dass sie Bürgerinnen und Bürger mit uneingeschränkten Selbstbestimmungsrechten sind. Gerade daraus leitet sich die Notwendigkeit einer partizipativ gestalteten Lebenswelt ab.

3.2.5 Verwirklichungschancen

Gesundheitsförderung im Sinne der *Ottawa-Charta* „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und die Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Hier geht es um den unauflöslchen Zusammenhang von individuellem Handeln und den „ermöglichenden Strukturen“ (Berger/Neuhaus 1977), die gesellschaftlich geschaffen werden müssen. Widerstandsressourcen sind also nicht nur die Energien und Möglichkeiten, die eine Person mobilisieren kann, sondern hier geht es um Gestaltungskräfte eines Gemeinwesens. Der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften Sen hat dies in einem Buch zur Überwindung von Armut und Ungerechtigkeit so ausgedrückt: „Letztlich ist das individuelle Handeln entscheidend, wenn wir die Mängel beheben wollen. Andererseits ist die Handlungsfreiheit, die wir als Individuen haben, zwangsläufig bestimmt und beschränkt durch die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten, über die wir verfügen. Individuelles Handeln und soziale Einrichtungen sind zwei Seiten einer Medaille. Es ist sehr wichtig, gleichzeitig die zentrale Bedeutung der individuellen Freiheit und die Macht gesellschaftlicher Einflüsse auf Ausmaß und Reichweite der individuellen Freiheit zu erkennen“ (2000, S. 9f.).

Sen bezeichnet dieses Ausmaß und die Reichweite der individuellen Freiheit als „Verwirklichungschancen“. Er versteht darunter die Möglichkeit von Menschen, „bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen“ (Sen 2000, S. 108). Wohlergehen hängt aus dieser Sicht in entscheidender Weise, wenn auch nicht allein, vom Einkommen und dem Zugang zu materiellen Gütern ab. Das verfügbare Realeinkommen, aber auch Bildung und soziale Zugehörigkeiten haben erheblichen Einfluss auf Wohlergehen und Gesundheit:

- Persönliche Eigenheiten: Unterschiedliche „physische Eigenschaften, die mit Behinderung, Krankheit, Alter oder Geschlecht verbunden sind“ (Sen 2000, S. 89),

können unterschiedliche materielle Bedürfnisse bedingen.

- Unterschiede in den Umweltbedingungen: Klimatische oder auch ökologische Belastungen „können sich darauf auswirken, was jemand mit einem bestimmten Einkommensniveau anfangen kann“ (Sen 2000, S. 90).
- Unterschiede im sozialen Klima: „Die Möglichkeit, persönliches Einkommen und persönliche Ressourcen in Lebensqualität umzusetzen“ (Sen 2000, S. 90), hängt vom sozialen Kapital ab, also von Netzwerken, in denen Vertrauen entsteht.
- Unterschiede in den relativen Aussichten: Gemeinschaften variieren in Bezug auf die Standards, die jemand erfüllen muss, um dazugehören zu können, um „sich ohne Scham in der Öffentlichkeit zu zeigen“ (Sen 2000, S. 91), wie es *Adam Smith* schon zu Beginn der Neuzeit formuliert hatte.
- Verteilung innerhalb der Familie: „Verteilungsregeln innerhalb der Familie (etwa solche, die sich auf das Geschlecht, das Alter oder die für notwendig erachteten Bedürfnisse beziehen) können zu erheblichen Unterschieden bezüglich der Errungenschaften und der Lage der einzelnen Mitglieder führen“ (Sen 2000, S. 91).

Das auf Sen und Nussbaum zurückgehende *Capability-Konzept* erweist sich als anschlussfähig zu den bisher ausgeführten Basiskonzepten der Gesundheitsförderung. Es rückt – wie auch die *Ottawa Charta* der WHO – den inneren Zusammenhang der Handlungsbefähigung der Subjekte mit den objektiv gegebenen Verwirklichungschancen ins Zentrum. In dieser Verknüpfung ist es für die soziale Arbeit von Relevanz (vgl. die Beiträge im Sammelband von Otto/Ziegler 2008). Das *Capability-Konzept* hat auch die Chance, eine Brücke zur Armutsforschung herzustellen (vgl. Volkert 2005) und ist zu einem wichtigen konzeptionellen Baustein in der Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung geworden. Und schließlich ist auch die Gerechtigkeitsthematik in den sozialphilosophischen und politiktheoretischen Diskursen durch die Frage nach der Verteilung der Verwirklichungschancen im globalen wie auch im nationalen Rahmen neu thematisiert worden (vgl. Heinrichs 2006; Nass 2006).

3.2.6 Synopse: Befähigung und Befähigungsgerechtigkeit

Die hier dargestellten Perspektiven auf Gesundheit, so wie sie in der *Ottawa-Charta*, dem *Konzept der Salutogenese*, dem *Capability-Ansatz* und auf der praktischen Umsetzungsebene an Hand der Konzepte Empowerment und Partizipation formuliert sind, konvergieren in einer spezifischen Sicht auf das Subjekt und einer damit verbundenen Leitidee von Gesundheitsförderung: Ein möglichst selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges Subjekt, das bestimmte Ressourcen (wie Kohärenzsinn, soziales, kulturelles und „Identitätskapital“) benötigt, aber auch einsetzen kann, um Stressoren zu bewältigen und so die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewin-

nen. In diesem Verständnis ist es die Aufgabe von Institutionen, Heranwachsende bei der Entwicklung dieser Ressourcen zu fördern, aber auch Strukturen zu schaffen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Sinne von Empowerment in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und ihnen zu mehr Handlungsfähigkeit verhelfen. Bezug genommen wird damit auf die Norm des selbstbestimmten Handelns. Zugleich wird diese Norm an die strukturellen, genauer gesellschaftlichen Bedingungen für die Ermöglichung von Selbstbestimmung gebunden (vgl. Giddens 1997).

Zentral, wie die Forschung wiederholt gezeigt hat (Bandura 1997; Grundmann u. a. 2006; 2008), ist dabei die Erfahrung, sich selbst als *handlungswirksam* zu erfahren. Sie entsteht für Heranwachsende in Alltagssituationen, in denen sie eigene Optionen entwickeln und erproben können. Nur so können sie auf diese Weise in ihren Lebenswelten die Grundlagen für ihre Handlungsfähigkeit und ein Vertrauen in die eigene Handlungswirksamkeit erwerben.

Allerdings sind in den Erfahrungsräumen unterschiedlicher Milieus und institutioneller Settings, in denen sich Heranwachsende bewegen, strukturelle Unterschiede an derartigen Verwirklichungschancen gegeben. Insofern befähigen sie Subjekte auch auf unterschiedliche Weise zu selbstbestimmtem Handeln (Grundmann u. a. 2006). Benachteiligender sozio-ökonomischer Status, je nach Kontext Geschlechtszugehörigkeit, ggf. Migrationshintergrund und Behinderung beschreiben Konstellationen, die erschwerte Zugänge zu Wirksamkeitserfahrungen bedingen.

Als Befähigungsgerechtigkeit wird vor diesem Hintergrund das für politisches, institutionelles und professionelles Handeln zentrale Ziel bezeichnet, Heranwachsende zu befähigen, „selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“, um noch einmal die Ottawa Charta zu zitieren. Im Ansatz der Salutogenese mit der Herausarbeitung der Widerstandsressourcen und dem Kohärenzsinn als dem subjektspezifischen Organisationsprinzip der Handlungsfähigkeit findet die Subjekt-Struktur-Koppelung eine gesundheitswissenschaftliche Ausformulierung.

3.2.7 Ein notwendiger Exkurs: Inklusionsperspektive für Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen

Dieser Bericht hat die Aufgabe übernommen, „die Felder der Integration von und der Arbeit mit jungen Menschen mit Behinderungen und jungen Menschen, die von Behinderungen bedroht sind“ (so im Berichtsauftrag formuliert), mit in den Blick zu nehmen. Gerade weil die Kommission diese Aufgabe sehr ernst nimmt, hat sie sich dazu entschlossen, die Grundkonzepte von Prävention und Gesundheitsförderung so zu verstehen und zu nutzen, dass sie ohne Einschränkung auf Kinder und Jugendliche mit Behinderung Anwendung finden. Nicht zuletzt die Idee

der Chancengleichheit und Befähigungsgerechtigkeit impliziert diese Konsequenz. Bei aller Anerkennung der Tatsache, dass Förder- und Unterstützungsbedarfe zu achten sind, ist doch zugleich eine Perspektive notwendig, die von den gleichen Grundbedürfnissen aller Heranwachsender ausgeht. Dies ist unter einer Perspektive der Inklusion geboten und durch Ansätze z. B. von *Community Care* und *Supported Living* auch zu einem verbindlichen Handlungsprogramm geworden.

Inklusion, *Community Care* und *Supported Living* als Herausforderung, Verpflichtung und Aufgabe einer sozialen Gemeinschaft, alle Menschen in vergleichbarer Weise von Geburt an bis ins Alter am Leben in allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv zu beteiligen und nicht Sonderbezirke für bestimmte Gruppen von Menschen (behinderte Menschen, Menschen aus anderen Ländern, sozial Schwache etc.) zu schaffen, ist ein wesentliches Merkmal einer demokratischen, solidarischen und freiheitlichen Gesellschaftsordnung. Speziell zur Entwicklung von Kindern mit einer Behinderung liegen zahlreiche empirische Befunde vor, die zeigen, dass Kinder mit Behinderungen in integrativen/inklusionen Settings Stärken im Bereich der Kompetenzentwicklung aufbauen, die z. B. in der sprachlichen und kognitiven Entwicklung, im Spielverhalten, in der Häufigkeit ihrer sozialen Kontakte und damit einhergehend in ihrer sozialen Kompetenz Niederschlag finden (vgl. Guralnick 2001; Sarimski 2008). Dies zeigt sich nicht nur bei Kindern mit leichten Entwicklungsverzögerungen, sondern zum Teil auch bei Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Für die Gesamtentwicklung von Kindern mit Behinderungen ist es also förderlich, mit Kindern ohne eine Behinderung zusammen zu spielen, zu lernen und zu leben.

Es steht außer Diskussion, dass Konzepte des Empowerment, der Salutogenese, der Identitäts- und Netzwerkarbeit sich sehr stark speisen von dieser Vorstellung inklusiven Aufwachsens in der Gemeinde (*Community Care*) als einbettendes Kulturangebot und als Ressourcen, in der die individuell benötigte Unterstützung (*Supported Living*) für die Kinder und Jugendlichen und auch ihre Familien erbracht wird. Gleichwohl gilt es, die Komplexität der Beziehungsgestaltung von Menschen mit und ohne Behinderung wahrzunehmen, um inklusives Aufwachsen nicht im Sinne einer „Normalisierungsstrategie“, sondern im Sinne einer „Differenzstrategie“ zu begreifen und dadurch wirklich zu gelingenden gesellschaftlichen Veränderungsprozessen werden zu lassen.

Das gelingende Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung ist durch eine bloße Aufnahme in Wertevorgaben (gesetzliche und moralische Regeln), in Wissensbestände und -produktion (Bildungszugang) und in gesellschaftliche Gruppierungen (Parteien, Kirchen, Vereine etc.) alleine noch nicht erreicht. Aber diese Inklusion ist Basis und Bedingung für die dialogische Herausforderung, vom bloßen Teilnehmen (Integration) zur Teilhabe (Partizipation) zu gelangen.

Inklusion bedeutet Bereicherung und Beanspruchung für beide Seiten, und sie muss das bedeuten. Teilhabe widerspricht Abhängigkeitsstrukturen (d. h. Machtausübung

der einen Seite und Selbstaufgabe der anderen Seite) und Isolation. Die Prozesse eines *Supported Living* von Menschen mit Behinderung in Familie, Schule, am Arbeitsplatz und in der Freizeit stehen demnach so lange kritisch auf dem Prüfstand, solange nicht gesichert ist, dass die spezifische Bedürfnis- und Fähigkeitsstruktur jedes einzelnen Menschen mit Behinderung Berücksichtigung findet und die Betroffenen in einem fortlaufenden Dialog thematisiert wird und relevant ist. Prämisse für gelingende inklusive Prozesse ist, dass jede individuelle Kombination von Lebensmöglichkeiten und Lebensgestaltung einen unverwechselbaren und einzigartigen Wert verkörpert: Es geht nicht darum, „sich das Fremde zu eigen zu machen, sondern es in seiner Andersartigkeit geschehen, ereignen zu lassen“ (Bialas 1997, S. 51).

Die Frage also, mit welchen Konsequenzen Konzepte wie Empowerment für Menschen mit Behinderungen gültig sind, lässt sich nicht ohne die Berücksichtigung des „Besonderen“ lösen. Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass die Besonderheit nicht in der Behinderung als solcher liegt oder gar in der Person der Kinder und Jugendlichen, sodass sie einer besonderen Pädagogik bedürfen, die sich abspaltet von den Standards und Erkenntnissen zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Es geht vielmehr darum wahr- und aufzunehmen, wie am besten die elementaren menschlichen Grundbedürfnisse im Kontext spezifischer Beeinträchtigungen befriedigt werden können. Mit dieser Aussage steht die jeweilige Behinderung auch deutlich im jeweiligen Kontext, d. h., präventive Maßnahmen, Förderung, Unterstützung etc. müssen eindeutig über die Individualisierung von Problemlagen hinausgehen.

Die Konsequenz aus diesem Sich-gegenseitig-Anerkennen und Sich-gegenseitig-Beanspruchen ist ein dialogisches Miteinander. Es geht dabei um einen Ausgleich zwischen Rollen der Teilhabe und Mitsprache, des Gebens und Nehmens, zwischen Tendenzen der Annäherung und Abgrenzung. In der Konsequenz eines interaktionalen Behinderungsbegriffes sind Bemühungen um eine integrative Balance von beiden Seiten her nötig. Das „Herstellen“ dieser integrativen Balance ist nur als fortlaufender Aushandlungsprozess zu verstehen.

Die Gestaltung der gesellschaftlichen Teilhabe und Passung von Biografie und jeweils gegebenen gesellschaftlichen Voraussetzungen wird somit als Lebensaufgabe jedes einzelnen Menschen und damit auch jedes einzelnen Menschen mit einer Behinderung betrachtet. Hier zeigt sich insbesondere die inhaltliche Nähe zum Konzept der Identitätsarbeit, das sich u. a. damit befasst, wie der einzelne Mensch die Vielfalt der Erfahrungen und Anforderungen in spätmodernen Gesellschaften für sich zu einem kohärenten Erlebens- und Handlungsmuster verarbeiten kann (Langner 2009). In dieser auf das Individuum bezogenen, eine kulturelle Vielfalt akzeptierenden Sicht liegt die Berechtigung unterschiedlicher Integrationsmuster begründet. „Damit eröffnet sich die Möglichkeit der wechselseitigen ‚Anerkennung von Verschiedenheit‘, einer sozialen Verbindung über individuelle Unterschiede hinweg, in der Toleranz auf einer Gleich-Gültigkeit von

individuellen Lebensmodellen beruht“ (Kraus/Mitzscherlich 1997, S. 166f.). Aufgabe einer inklusiven Pädagogik ist es somit auch, Menschen mit Behinderungen vorzubereiten auf selbst zu verantwortende Entscheidungen.

Ohne eine „behinderungsspezifische“ hohe Fachlichkeit und Bewusstheit für Möglichkeiten, Eigenarten und Einschränkungen kann dieses Unterfangen nicht gut gelingen: Dabei geht es nicht um eine alt „bewährte“ Kolonisierung und damit wieder Besonderung von Menschen mit Behinderungen, sondern um die Achtung für und Kenntnis über spezifische Bedarfe einzelner Menschen bzw. verschiedener Gruppen von Menschen mit Behinderungen. Deren Expertise in eigener Sache ist im Austausch mit der Fachwelt gleichwertig aufzugreifen, zu reflektieren und in konkrete Maßnahmen zu realisieren. Aus der Selbsthilfebewegung ist bekannt, dass vor allem auch im Zusammenschluss mit Gleichbetroffenen Koordinaten der Selbstpositionierung und sozialen Verortung gefunden werden, um diese dann in die Gesellschaft hinein deutlich und auch mit politischem Mandat zu artikulieren.

Im Anschluss an die Konzepte Empowerment, Salutogenese und *Supported Living* ergibt sich eine veränderte gesundheitspolitische Ausrichtung (vgl. Theunissen 2007, S. 27) auch auf zielgruppenbezogene Entwürfe, weil diese Konzepte in ihrer Wirksamkeit in hohem Maße kontext- und betroffenenabhängig sind. *Theunissen* betont, dass Empowerment z. B. für verschiedene Gruppen in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Formen und Bedeutungen annimmt. Konzepte von Empowerment, Salutogenese und Identitäts- und Netzwerkarbeit sind also für alle auf den Weg zu bringen; sie bedeuten aber für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsformen vermittelt über spezifische kontext- und personensensitive Aushandlungsprozesse unterschiedliche Konkretisierungen (beispielhaft für Heranwachsende mit Hörschädigung: Hintermair/Tsirigotis 2008). Dabei gilt es das Motto der *Disability Studies* in hohem Maße ernst zu nehmen: „Nichts über uns – ohne uns!“ (Hermes/Rohrman 2006).

Eine individualisierende und zielgruppenbezogene Perspektive einzunehmen, erfordert dann aber auch zu erkennen und zu akzeptieren, dass nicht alle Menschen in gleicher Weise autonom sind bzw. sein können. Das macht Konzepte wie Empowerment nicht obsolet, sondern bedeutet, sich der Aufgabe zu stellen, dass Bedingungen entwickelt werden müssen, die ein würdevolles Leben unabhängig von individuellen Kompetenzen und Einschränkungen sicherstellen. In einer Ethik der Achtung, wie sie von *Conradi* vertreten wird, ist Achtung nicht auf die Unterstellung von Autonomie angewiesen (vgl. Niehoff 2005, S. 6). Von daher kann es bei dem aktuellen Versuch der neuen Befähigung der Nutzer von Unterstützungsleistungen über Geldleistungen (Modell des Persönlichen Budgets) nicht darum gehen, Menschen mit Behinderung als souveräne Kunden auf einem freien Markt von Dienstleistungen zu konstruieren. Vielmehr müssen sie als Experten in eigener Sache im Prinzip zwar Souverän sein über ihre Leistungserbringung, zugleich aber auch

die notwendige Unterstützung und Befähigung erhalten und nutzen können (Hilfe nach Maß), um „ihres eigenen Glückes Schmied“ zu sein. Ohne in behütend fürsorgliche traditionelle Konzepte zurückzufallen, müssen sich Modelle professioneller Alltagsbegleitung von Menschen mit Behinderung entwickeln (*Supported Living*), die die Begegnung mit Würde, Respekt und Achtung vor den jeweiligen individuellen Möglichkeiten enthalten und die Unterstützung anbieten und verfügbar machen („*tailor made support*“), die ihnen hilft, sich mit ihren Möglichkeiten und Begrenzungen zu entfalten und Wohlbefinden zu erleben (Schäfers u. a. 2009). Professionelle Unterstützung und die Organisation eines passenden Unterstützungsrahmens sind dabei nach wie vor ebenso notwendig wie soziale Einbindung über bürgerschaftliches Engagement, das Beheimatung, Nähe, Vertrautheit in der Gemeinschaft von Menschen mit und ohne Behinderung stützt (vgl. Wunder 2006, S. 11). Inklusive Balance ist also zugleich das Ziel und bleibt eine dauerhafte Aufgabe. Die Reduzierung von Abhängigkeit – z. B. über ein besser realisiertes Wunsch- und Wahlrecht, wie es das SGB IX § 9 vorsieht – kann auch über Geldleistungen vorangebracht werden, wenn sie selbst gesteuert oder mit der Assistenz selbst gewählter Berater und Begleiter umgesetzt wird. Sie können die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer anspruchsberechtigten Nutzer – auch über die Grenzen der Sozialsysteme hinweg (Trägerübergreifendes Persönliches Budget) – mehr zum Tragen bringen, wie positive Erfahrungen auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderung belegen (Metzler u. a. 2007). Die neue Steuerung

von Unterstützung in ihren potenziellen Systemgrenzen (auch zwischen Versicherungs- und Versorgungsträgern) zu überschreiten, muss in der Bundesrepublik Deutschland auf der Handlungsebene allerdings noch besser entwickelt werden. An den Bedürfnissen von Kindern mit einer Behinderung orientiert zu arbeiten (und damit Inklusion, Community Care und *Supported Living* mit Inhalten zu füllen), fordert fortlaufend zu einer Suche nach individuellen Lösungen heraus, bei der Familien nicht auf sich alleine gestellt sein dürfen (Thimm/Wachtel 2002; Wilken/Jeltsch-Schudel 2003; Heckmann 2004; Eckert 2008). Die Herausforderung wird sein, die hohe Ausdifferenzierung des deutschen Behindertenwesens (vor allem auch nach Behinderungsarten) und eine Bewusstheit für die davon unabhängig zunehmende Heterogenität der Lebenslagen für Menschen in westlichen Gesellschaften in konkreten Lebenswelten zu versöhnen. Dies geht nicht ohne differente, flexible Lösungsmodelle: „The expanded heterogeneity of the population is also demonstrating the increasing limitations of a singular approach to instruction and communication...[We] continue to be challenged to ensure that varied interventions are available in order to maximize progress at different developmental periods“ (Abbate 2007, S. 2). Es ist die Aufgabe eines ausgewogenen Aufeinanderzugehens und respektvollen sich Begegnetens von Professionellen und Betroffenen, die Chance inklusiver Balance zu ergreifen und zu entwickeln und dabei Abschied zu nehmen von Begegnungsformen, die alleine von bestehenden Beeinträchtigungen und deren Kompensation geprägt sind.

Teil B Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

4 Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen

Im Mittelpunkt des ersten Teils dieses Berichtes standen die leitenden Konzepte. Im zweiten Teil soll nun die Aufmerksamkeit auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland gelenkt werden. Dabei sprengte es den Rahmen dieses Berichtes, trüge man alle dafür bedeutsamen Fakten zusammen. Für die Kommission ist deshalb die Vorstellung leitend, dass jene Aspekte in den Vordergrund gerückt werden sollen, die auch für die Praxis und Fachdiskussion der Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung sind. Mit Blick auf die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe werden vorrangig jene Aspekte von Gesundheit, gesundheitlicher Gefährdung bzw. Krankheit thematisiert, die Berührungspunkte oder Schnittstellen mit der Kinder- und Jugendhilfe haben oder in ihrem Zentrum stehen.

Um die Orientierung und das Auffinden von Themen zu erleichtern, hier ein Überblick zum Aufbau dieses Kapitels: Zunächst wird ein kurzer Überblick zur Zahl der Mädchen und Jungen in den verschiedenen Altersgruppen gegeben, für die Kinder- und Jugendhilfe bei entsprechendem Bedarf zuständig ist. In Kapitel 4.1 wird zunächst dargelegt, weshalb der 13. Kinder- und Jugendbericht das – nicht ganz einfache – Verhältnis der Kinder- und Jugendhilfe zu Gesundheitsförderung und Prävention v. a. unter der Perspektive der durch gesellschaftliche Veränderungen mit bedingten „neuen Morbidität“ auf-

greift. Zudem wird auf den damit ebenfalls veränderten Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Prävention und dem Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe hingewiesen. Weiter wird ein gewisser Perspektivenwechsel zwischen Teil A und Teil B begründet, da sich der Blick in Teil B nicht nur auf die Ressourcen, sondern auch auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen richtet.

In Kapitel 4.2 wird die Entscheidung der Kommission für zentrale „gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ bestimmter Altersstufen begründet und der wissenschaftliche Ertrag dieser Vorgehensweise für die Gestaltung des Berichts hervorgehoben. Die folgenden Kapitel 5 bis 9 sind den fünf von der Kommission unterschiedenen Altersstufen gewidmet: Einführend werden jeweils die „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ erörtert, sodann folgt ein kurz gefasster „Datenreport“ zur gesundheitlichen Situation der jeweiligen Altersstufe. Jedes dieser Kapitel endet mit einer Zusammenfassung und einem Fazit zum besonderen Förderungsbedarf, der sich aus den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ und der gesundheitlichen Situation in der jeweiligen Altersstufe ergibt.

Um die in den Kapiteln 5 bis 9 wiederholt auftauchenden Prozentwerte angemessen einschätzen zu können, sei weiter kurz darauf hingewiesen, dass im Jahr 2006 in Deutschland ca. 23,1 Mio. junge Menschen unter 27 Jahren lebten. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik beträgt 28 Prozent. Aufgeteilt auf die jeweiligen Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 4.1

Anzahl und Anteil (Prozent) der Heranwachsenden an der Gesamtbevölkerung Deutschlands am 31. Dezember 2006

Alter bis unter ... Jahren	Männlich		weiblich		Insgesamt	
	absolut	Anteil an Gesamt- bevölkerung	absolut	Anteil an Gesamt- bevölkerung	absolut	Anteil an Gesamt- bevölkerung
bis unter 3-Jährige	1.062.228	1,3 %	1.007.760	1,2 %	2.069.988	2,5 %
3–6	1.115.817	1,4 %	1.059.358	1,3 %	2.175.175	2,6 %
6–12	2.432.232	3,0 %	2.310.008	2,8 %	4.742.240	5,8 %
12–18	2.695.145	3,3 %	2.559.602	3,1 %	5.254.747	6,4 %
18–27	4.490.737	5,5 %	4.345.208	5,3 %	8.835.945	10,7 %
zusammen	11.796.159	14,3 %	11.281.936	13,7 %	23.078.095	28,0 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008a), Bevölkerungsfortschreibung: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2006

4.1 Gesundheit und Krankheit unter sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen

Bevor in den zentralen Kapiteln dieses Teils die wichtigsten Informationen zu Gesundheit und Krankheit verdichtet zusammengefasst werden, ist es notwendig, kurz die dabei zugrunde gelegte Perspektive zu erläutern. Angesichts der schon im Teil A sichtbar gewordenen Vielfalt des Verständnisses aller zentralen Begriffe (wie z. B. Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden, Behinderung) will dieses konzeptionelle Kapitel die Perspektive erläutern, die die Darstellungen in Teil B leitet.

Die alltagsweltlich so vertraute Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit umfasst bei genauer Hinsicht ein sehr breites Spektrum von nicht immer scharf abgrenzbaren Phänomenen. Dies gilt auch für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen. Für den vorliegenden Bericht wird dieses Spektrum insofern eingeschränkt, als im Anschluss an die jüngere Diskussion der Fokus der Berichterstattung zum einen auf die sogenannte „neue Morbidität“ (Schlack 2004)²⁵, zum anderen auf gesundheitsfördernde Faktoren gelenkt wird.

Beschrieben werden mit dem Stichwort der „neuen Morbidität“ vor allem zwei Entwicklungen: Zum einen lassen sich Verschiebungen von den akuten zu den chronischen Erkrankungen feststellen. Dahinter verbirgt sich die Entwicklung, dass die „klassischen“ Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (v. a. Infektionskrankheiten) mittlerweile durch Impfungen, Medikamentengabe etc. weitgehend im Rückgang begriffen sind, während die Zunahme der chronischen Krankheiten zum Teil nicht nur durch Verhalten und Lebensstil bedingt ist, wie etwa durch problematisches Ernährungsverhalten und Bewegungsmangel, sondern auch durch die Lebensverhältnisse, wie etwa Armut, mangelnder Wohn- und Bewegungsraum. So treten Übergewicht und Adipositas (Kurth/Schaffrath-Rosario 2007) inzwischen häufiger schon im Kindes- und Jugendalter auf.

Zum anderen ist bei Heranwachsenden eine Verschiebung von den somatischen Erkrankungen zu psychischen Auffälligkeiten zu beobachten.²⁶ Entwicklungsstörungen (z. B. Sprachentwicklungsstörungen), emotionale Störungen (z. B. depressive und Angststörungen etc.) sowie Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Gewaltbereitschaft, Alkohol- und Drogenmissbrauch etc.) stellen zunehmend eine Herausforderung für Eltern, Erzieherinnen oder Lehrer dar (Rutter/Smith 1995; Schlack 2004).

Die kurz- und vor allem die langfristigen Folgen des Krankheitsspektrums „neue Morbidität“ betreffen zum einen die aktuelle körperliche, psychische und/oder soziale

Lebensqualität und Leistungsfähigkeit von Heranwachsenden. Zum anderen kommt der Beachtung der Lebensverlaufsperspektive in der Genese von Gesundheit und Krankheit eine wachsende Bedeutung zu, da ein Großteil der im Erwachsenenalter manifest werdenden somatischen und psychischen Erkrankungen ihren Ursprung in Auffälligkeiten des Kindes- und Jugendalters hat²⁷ (Dragano u. a. 2008). Da es also deutliche Hinweise darauf gibt, dass das Phänomen der „neuen Morbidität“ in einem engen Zusammenhang zum Lebensstil von Heranwachsenden, ihren Bezugspersonen sowie den Lebensverhältnissen steht (Schlack 2004), ist schon von der Sache her ein enger Zusammenhang zum Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe hergestellt. Dieser Zusammenhang ergibt sich auch bezüglich der Teilhabechancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, deren Zahl wächst. Zwar nehmen genetisch bedingte bzw. pränatal diagnostizierbare Behinderungen (z. B. Down-Syndrom) ab (Lenhard 2005), doch steigen die Überlebenschancen von Kindern mit Behinderung aufgrund der verbesserten medizinischen Betreuung von Kindern mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (Willken 2008) sowie von Kindern mit durch Geburtskomplikationen bedingten Schädigungen, aus denen körperliche und seelische Behinderungen resultieren (Biermann 2008). Die Risiken der „neuen Morbidität“ sind auch bei diesen Mädchen und Jungen zu beobachten, so dass sich teilweise zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen (Fehlernährung, vor allem aber auch Verhaltensauffälligkeiten) zeigen (Frank 2005a, 2006; Pfaff u. a. 2007).

Teil B nimmt in den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“, die jede Altersstufe einleiten, die Perspektive von Teil A wieder auf, nach der Gesundheit als ein positives Konzept und Gesundheitsförderung im Sinne einer Ermöglichung von Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlergehen zu verstehen sind, wofür die nötigen Entwicklungsressourcen und Rahmenbedingungen (vgl. Lerner/Alberts/Bobeck 2007) skizziert wurden.

Doch in den in allen Altersstufen wiederkehrenden Abschnitten zu „Gesundheit, Krankheit und Behinderung“ wird der Blick verstärkt auf gesundheitliche Beeinträchtigungen gerichtet. Dies aus dem Grund, dass im Spektrum empirischer Forschungen relativ wenige empirische Ergebnisse zu der Frage vorliegen, was eigentlich Kinder und Jugendliche gesund erhält, so dass in Teil B nur einige Hinweise zu den Schutzfaktoren für ein gesundes Aufwachsen gegeben werden können. So konstatieren die neuesten, in Teil B auch dargestellten Surveyuntersuchungen zwar, dass der größte Teil der Kinder und Jugendlichen aus Sicht ihrer Eltern wie aus eigener Sicht gesund aufwächst. Doch gibt es kaum Aussagen dazu, inwieweit die Kinder- und Jugendhilfe durch Erfüllung ihres proaktiven Förderauftrags dazu beiträgt, indem sie vor

²⁵ Morbidität ist ein Begriff aus der medizinischen Statistik und bezeichnet die Wahrscheinlichkeit einer Person, krank zu werden, bezogen auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe.

²⁶ 10 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland unter 18 Jahren weisen Anzeichen psychischer Störungen auf (BDP 2007).

²⁷ Beispielsweise begünstigt der Konsum von Zigaretten bereits im Jugendalter ein auf Nikotin bezogenes Suchtverhalten, das im Erwachsenenalter das Risiko für schwerwiegende Erkrankungen wie Lungenkrebs erhöht.

allem in Bereichen wie den Kindertagesstätten und der Jugendarbeit Kindern und Jugendlichen Angebote zur Förderung ihrer sozialen Entwicklung macht, um so Leiden und Benachteiligungen gar nicht erst entstehen zu lassen (vgl. Teil D).

Den in Teil A skizzierten Erkenntnisansprüchen geradezu entgegenlaufend, richtet sich die Forschung vielmehr auf die Frage, was denn Kinder und Jugendliche krank macht, und wendet sich der Minderheit von Kindern und Jugendlichen zu, denen es nicht wohl ergeht. Die Forschungsergebnisse hierzu sind allerdings von besonderer Relevanz für die Aufgabenfelder der Kinder- und Jugendhilfe, in denen sie überwiegend eine reaktiv-helfende – im weiten Sinne – remediale Funktion hat, indem sie Kinder und Jugendliche darin unterstützt, bereits bestehende Belastungen zu bewältigen, wie vor allem durch die Hilfen zur Erziehung (vgl. Teil D).

Untersuchungen wie der Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KiGGS)²⁸ sind unverzichtbar, um überhaupt verlässliche und wiederholbare Daten zu generieren, doch sollte man sich bewusst machen, dass sie zwangsläufig auch eine im doppelten Sinne normierende Funktion haben: Zum einen können sie nicht umhin, Einzelaussagen von Eltern und Jugendlichen, die diese vor ihnen – individuell unterschiedlichen – Bewertungshorizonten machen, zu Gesamtwerten zu addieren. Dies kann dann plötzlich eine „Abweichung“ signalisieren, was den Befragten vielleicht nicht bewusst und von ihnen auch nicht intendiert war (Beispiel: Eltern, die ihr Kind als öfter unruhig und abgelenkt einschätzen, wissen vielleicht gar nicht, dass daraus bei der Auswertung ein „ADHS-Verdacht“ werden kann). Zum andern werden mit der KiGGS-Auswertung Normen gesetzt (z. B. im Bereich „Übergewicht“), da die Unterteilung der Gruppen in „normale“ und Risiko- oder normabweichende Gruppen ein Ziel der Untersuchung ist, sollen die Daten doch zielgruppenspezifische Handlungsansätze generieren helfen. Doch solche Normierungen können immer auch stigmatisierend, ausgrenzend und damit zusätzlich „gesundheits-schädlich“ wirken. Dies gilt zumal, wenn es die unteren Statusgruppen sind, die verstärkt als „abweichend“ definiert werden, wobei die Kriterien dafür nicht immer eindeutig sind.²⁹

²⁸ Der *Survey zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) stellt eine repräsentative Untersuchung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar. Von einem interdisziplinär zusammengesetzten Forscherteam sind im Zeitraum 05/2003 bis 05/2006 17 641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren und ihre Eltern aus 167 Orten der Bundesrepublik hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes ärztlich untersucht und mündlich befragt worden (bei den unter 11-Jährigen wurden ausschließlich die Eltern befragt). Für 11 bis 17-Jährige steht neben dem ärztlichen Untersuchungsbefund, den Labordaten und der Elternauskunft auch die Selbstauskunft der Betroffenen zur Verfügung. Für eine überblicksartige Darstellung der Ergebnisse der KiGGS-Studie siehe Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 6/7, 2007. Nach Fertigstellung des vorliegenden Berichtes erschien eine weitere Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts mit Daten aus dem KiGGS (RKI 2008h); Diese Veröffentlichung konnte aber nicht mehr mit den im Bericht verwendeten Daten abgeglichen werden.

Zunächst gehen also der salutogenetische Ansatz und die auf Feststellung von Risiken ausgerichteten Studien von gegensätzlichen Perspektiven und Paradigmen aus, und dies spiegelt sich in Teil B wider. Zwar wird hier wiederholt auf Schutzfaktoren und Ressourcen verwiesen, aber es werden auch sehr intensiv gesundheitliche Risiken und mögliche Beeinträchtigungen in den Blick genommen.

Eine gewisse „Versöhnung“ dieser Gegensätze kann erst stattfinden bei der Frage des Umgangs mit möglichen Risiken (vgl. Teil D und E): Eine moderne Prävention sollte immer auch die Gesundheitsförderung im Sinne einer Qualitätssteigerung durch Ressourcenaktivierung mit einschließen.

4.2 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen

Lässt man das in Kapitel 3.1 in Teil A entwickelte Verständnis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Horizont der Kinder- und Jugendhilfe Revue passieren und berücksichtigt die unterschiedlichen Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen, wird schnell sichtbar, dass gesundheitsbezogene Prävention an zahlreichen Punkten und Gesundheitsförderung im Grunde ständig eine Herausforderung für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe darstellen.

Für die gesundheitsbezogene Prävention gilt das überall dort, wo die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe einen Beitrag zum Abbau von gesundheitlichen Risiken und zur Vermeidung von Krankheiten leisten können. Diese Angebote beziehen sich zum Teil auf die jeweiligen Altersgruppen (z. B. Aufklärung über die Gesundheitsrisiken des Rauchens); zum Teil handelt es sich um altersgruppenübergreifende Themen, die aber altersgruppenspezifisch aufbereitet werden müssen. Charakteristische Beispiele hierfür sind die Themenkomplexe Ernährung und Bewegung.

Noch weiter öffnet sich der Horizont, wenn ein Verständnis von Gesundheitsförderung zugrunde gelegt wird, wie es im Teil A vorgestellt worden ist. Zugespielt könnte deshalb formuliert werden: Im Horizont dieses Verständnisses von Gesundheitsförderung erweist sich jede erfolgreiche pädagogische und psychosoziale Praxis nicht nur der Kinder- und Jugendhilfe als gesundheitsförderlich, weil sie Kinder und Jugendliche unterstützt, ihr Leben autonom zu führen und die verschiedenen Anforderungen angemessen bewältigen zu können. Damit würden Gesundheitsförderung und gute pädagogische und psychosoziale Praxis an dieser Stelle in eins fallen.

Dies ist auf einer allgemeinen Ebene ebenso richtig, wie im Detail wenig hilfreich. Um die mit diesen Überschnei-

²⁹ So führt z. B. das im KiGGS bei Heranwachsenden mit niedrigem Sozialstatus vermehrt festgestellte Übergewicht keineswegs in jedem Fall zu einer stärkeren gesundheitlichen Belastung – kann aber sehr zur Diskriminierung dieser schon durch ihre Lebensumstände benachteiligten Heranwachsenden beitragen, im Sinne von: „Sie sind nicht nur arm, sondern sie essen auch noch viel zu viel und das Falsche!“

dungen, aber auch notwendigen Differenzierungen einhergehenden Herausforderungen und Entwicklungspotenziale für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe konkreter beschreiben zu können, hat die Sachverständigenkommission auf einer weniger abstrakten Ebene den Versuch unternommen, die für die gesundheitliche Förderung von Kindern und Jugendlichen zentralen Themen zu benennen und zu beschreiben. Bezogen auf die fünf Altersgruppen werden dabei folgende Themen herausgestellt:

- Unter 3-Jährige: Bindung und Autonomie
- 3- bis unter 6-Jährige: Sprechen, Bewegen und Aufmerksamkeit
- 6- bis unter 12-Jährige: Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren
- 12- bis unter 18-Jährige: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden
- 18- bis 27-Jährige: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen.

Die Zuordnung zu den jeweiligen Altersgruppen darf nicht zu dem Rückschluss verleiten, als seien dies exklusive Themen für die jeweilige Altersgruppe. Selbstverständlich stellt z. B. das Thema Beziehungen auch eine Herausforderung im Vorschulalter dar, wie es ohne Frage auch ein zentrales Thema für die späteren Altersphasen ist. Analoges gilt für andere Themen. Gestützt auf die einschlägige Forschung und entsprechende entwicklungspsychologische und sozialisationstheoretische Konzepte geht die Kommission davon aus, dass mit diesen Begriffen für die jeweilige Altersgruppe Entwicklungsthemen benannt sind, die eine große gesundheitliche Bedeutung haben.

Die hier vonseiten der Sachverständigenkommission herausgestellten Themen erfüllen folgende Anforderungen:

- Ausgehend von einem Verständnis von Kindern und Jugendlichen als aktive Akteure – und nicht als Objekte der Fürsorge Erwachsener – geht es in den Formulierungen darum, soweit wie möglich erstens die aktive Rolle der Kinder und Jugendlichen und zweitens die damit einhergehende Prozesshaftigkeit und Dynamik des Entwicklungsgeschehens deutlich werden zu lassen, das als ein transaktionales, interaktives Geschehen verstanden wird, das in ständigem Austausch mit der Umwelt steht, und beeinflusst von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stattfindet (vgl. Teil A).
- Es war der Sachverständigenkommission wichtig, die Themen so zu formulieren, dass einerseits der Bezug zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung erkennbar bleibt, andererseits die Anschlussmöglichkeiten an die Potenziale der Praxis und Theoriediskussion in der Kinder- und Jugendhilfe leicht herstellbar sind.
- Die Kommission weiß um die historische Kontingenz ihrer Vorschläge. Die Themensetzungen verstehen

sich deshalb auch nicht als Ausdruck einer wie auch immer gearteten Anthropologie der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Vielmehr sind sie Ausdruck eines salutogenetischen Blicks auf das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in einer spätmodernen Gesellschaft.

- Die formulierten gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen stellen keine Gesundheitsziele dar. Sie sind aber, und das war der Kommission wichtig, anschlussfähig für die Formulierung altersgerechter Gesundheitsziele.

Trotz der semantischen Nähe sind die hier vorgeschlagenen Entwicklungsthemen nicht identisch mit den Entwicklungsaufgaben im Sinne von *Havighurst* (1972) und seinen Nachfolgern. Zum einen versteht die Kommission die genannten Entwicklungsthemen weniger als entwicklungspsychologisch angelegte Schritte, sondern vielmehr als gesellschaftlich, genauer formuliert als in den für Kinder und Jugendliche zuständigen Institutionen definierten Entwicklungsanforderungen. In ihnen spiegelt sich das Ergebnis dessen, was gegenwärtig als „normale“ Anforderung an Kinder und Jugendliche formuliert wird und was vonseiten der Kinder und Jugendlichen gleichsam auf den Weg gebracht werden muss, um in dieser Gesellschaft als nicht krankes oder nicht auffälliges Mitglied gelten zu können. Zum anderen zeigt der Vergleich mit den Entwicklungsaufgaben von *Havighurst*, dass diese anders geschnitten sind. Gesundheit kommt dort als eigenes Thema nicht vor, mit der Folge, dass alle Entwicklungsaufgaben „irgendwie“ gesundheitsrelevant sind. An dieser Stelle bemüht sich die Kommission um eine stärkere Fokussierung auf die pädagogische und psychosoziale Praxis.

Vor dem dargestellten theoretischen und empirischen Hintergrund werden nachfolgend Aussagen, gegliedert nach fünf Altersstufen, zum seelischen und körperlichen Gesundheitszustand von Heranwachsenden in Deutschland gemacht. Es werden – im Wesentlichen durch die Darstellung der Ergebnisse des KiGGS und weiterer Studien – v. a. die Aspekte beleuchtet, die im Zusammenhang mit den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ und den Besonderheiten der Altersstufen, aber auch wegen ihrer Bedeutung für die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Schnittstellen zum Gesundheitssystem wie zur Behindertenhilfe von besonderem Interesse sind. Deshalb finden sich unter dem in allen Altersstufen wiederkehrenden Gliederungspunkt „Gesundheit, Krankheit und Behinderung“ jeweils unterschiedliche thematische Schwerpunktsetzungen. Dabei gilt – wie für die „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ auch, dass diese Themen ebenfalls für andere Altersstufen relevant sein können. Um aber Wiederholungen zu vermeiden, werden sie in der Altersstufe abgehandelt, für die sie besonders wichtig sind. Die folgende Tabelle zeigt, in welchen Altersstufen auf welche Themen schwerpunktmäßig eingegangen wird.

Tabelle 4.2

Schwerpunktt Themen in den fünf Altersstufen

	0–3 Jahre	3–6 Jahre	6–12 Jahre	12–18 Jahre	18–27 Jahre
Gesundheit im Mutterleib	X				
Säuglingssterblichkeit/Unfälle	X				
Stillen	X				
Impfungen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung/ Vorsorge	X	X			
Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand	X				
Akute Krankheiten	X	X			
Chronische Krankheiten, Behinderung, spezieller Versorgungsbedarf	X	X	X		
Mundgesundheitsverhalten	X				
Psychische Gesundheit	X	X			
Bindungsstörung	X				
Regulationsstörungen	X				
Kindeswohlgefährdung	X			X	
Entwicklungsauffälligkeiten (Motorik, Sprache, Verhalten)		X			
Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund		X			
Ernährung und Essverhalten		X			
Umweltbelastungen		X			
Bewegung/körperlich-sportliche Aktivität			X		
ADHS (Hyperaktivität)			X		
Stresserleben und Wohlbefinden			X		
Kinder kranker Eltern			X		
Schmerzen			X		
Angststörungen			X		
Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten			X		
Gebrauch von Psychopharmaka			X		
Tabak, Alkohol und Drogen: Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit				X	X
Nutzung elektronischer Medien				X	
Übergewicht und Adipositas				X	
Sexualität und sexuelles Risikoverhalten				X	
Schwangerschaften Minderjähriger				X	
Essstörungen				X	
Depressive Erkrankungen				X	
Suizidalität				X	
Gewalterfahrungen				X	
Borderline-Persönlichkeitsstörung					X
HIV/AIDS					X
Gesundheitsrelevante Aspekte des Erwerbslebens und von Arbeitslosigkeit					X
Wohnungslose Heranwachsende					X

5 Kinder unter drei Jahren

5.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bindung und Autonomie

Entwicklung vollzieht sich im Spannungsfeld zwischen biologischen und erfahrungsbedingten Einflüssen, wie sie durch Eltern bzw. durch den erweiterten Lebenskontext des Kindes und der Familie vermittelt werden (Skinner/Edge 1998). Es sind Prozesse, die sich wechselseitig ergänzen und bedingen. Gelingende oder weniger gelingende Entwicklungen lassen sich als Ergebnis mehr oder weniger guter Passung zwischen den Fähigkeiten und (Erziehungs-) Vorstellungen der Eltern und den Lebenszusammenhängen der Familie sowie den Entwicklungskompetenzen oder dem Temperament des Kindes beschreiben (Ziegenhain/Fegert 2004).

Die Resilienzforschung (vgl. Teil A, Kap. 3.2.2.5) weist in unterschiedlichen Studien darauf hin, dass bestimmte Schutzfaktoren aufseiten des Kindes, z. B. überdurchschnittliche Intelligenz, ein positives Selbstkonzept sowie ein ausgeglichenes Temperament, die Entwicklung des Kindes trotz belastender Lebensumstände positiv beeinflussen (Laucht 2006). Insbesondere im Kleinkindalter wird positiven Temperamentsmerkmalen des Kindes, wie gute Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Kontaktfreudigkeit und emotionale Ausgeglichenheit, die positive Reaktionen des sozialen Umfelds hervorrufen (Egle/Hoffmann 2000), eine Schutzfunktion beigemessen.

Zentrale Entwicklungsthemen in der frühen Kindheit, die in diesem Kontext von Eltern und Kind gemeinsam bewältigt werden müssen, sind die Entwicklung einer sicheren Bindung, die Entwicklung von Selbstständigkeit und Autonomie sowie die Fähigkeit, Probleme flexibel bewältigen zu können und die Fähigkeit zur adäquaten Verhaltensregulation und zur emotionalen Selbstregulation (Sroufe u. a. 2005).

Diese Kompetenzen entwickeln sich im Kontext einer wechselseitig positiven und unterstützenden Beziehung mit nahestehenden Bezugspersonen. Obwohl dies in der Regel die Eltern sind, können auch andere nahestehende Menschen, die die Fürsorge für ein kleines Kind übernehmen (z. B. Pflegeeltern, Erzieherinnen in der Kindertageseinrichtungen etc.), Bindungspersonen sein.

Die taktile Nähe zwischen Mutter und Kind ist Voraussetzung für die erste emotionale Beziehung des Kindes (Hassel 1996). Die sensible und adäquate Beantwortung der kindlichen Signale nach Körperkontakt und Fürsorge führt beim Kind zu einer positiven Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Signale.

Die kindlichen Bedürfnisse nach Nähe und Kontakt zu den Eltern sind insbesondere in Situationen von Verunsicherung oder Angst entwickelte Schutz- und Bindungsstrategien. In einem weitergehenden entwicklungspsychologischen Verständnis unterstützen Bindungspersonen die physiologische, emotionale und Verhaltensregulation

von Kindern. Nach dieser Auffassung dienen Eltern ihren Kindern als „externe Regulationshilfe“. Diese Auffassung betont die enge Verschränkung zwischen der Qualität elterlicher Unterstützung und kindlichem Wohlbefinden sowie längerfristigen Entwicklungsauswirkungen.

Bindungsbeziehungen beeinflussen, positiv oder negativ, die Funktion und Struktur des sich entwickelnden Gehirns (Schore 2001). Diese frühe Phase der Gehirnentwicklung gilt als kritische Wachstumsperiode mit einer besonderen Vulnerabilität für wesentliche Entwicklungsprozesse etwa im sozial-emotionalen Bereich. In der frühen Kindheit vollzieht sich bis etwa zum zweiten Lebensjahr ein rapider Anstieg der neuronalen Verbindungen im Gehirn. In dieser Phase sind Säuglinge und Kleinkinder zunächst maximal responsiv gegenüber Anregungen und Stimulation in ihrer Umwelt, und zwar unabhängig davon, ob es sich dabei um positiv anregende Eindrücke und Erfahrungen handelt oder um negative, situativ oder chronisch überfordernde oder gar um traumatisierende Eindrücke und Erfahrungen. In der anschließenden Entwicklungsphase kommt es dann zu einer drastischen Reduktion von neuronalen Verbindungen, wobei insbesondere diejenigen Verbindungen stabilisiert werden, die hinreichend neuronal erregt werden, wohingegen diejenigen mit fehlender oder unzureichender neuronaler Erregung abgebaut werden. Auch dies geschieht auf der Basis fortlaufender, wiederholter Anregung bzw. fehlender Anregung und wiederum in enger Verschränkung mit den jeweiligen Erfahrungen des Kleinkindes. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Kinder, die in den ersten Lebensjahren in einer anregungsarmen Umgebung aufwachsen und wenig soziale Kontakte und sensorische Stimulation erfahren, kognitiv, aber auch in der Sprachentwicklung, der Motorik und im Sozialverhalten deutliche Verzögerungen aufweisen (Berk 2005). Ebenso kann eine Beeinträchtigung auf einer Entwicklungsebene (z. B. eine motorische Einschränkung) einen fundamentalen Einfluss auf andere Entwicklungsbereiche (z. B. Kognition oder Sprache) ausüben.

Diese frühen neuronalen Entwicklungsveränderungen sind erfahrungsabhängig und dabei eng verknüpft mit den jeweiligen Beziehungserfahrungen des Säuglings-/Kleinkindes mit seinen Bindungspersonen. Wiederkehrende Erfahrungen der Kinder mit einfühlsamen und emotional zuverlässigen Eltern in den frühen alltäglichen Interaktionen fördern die Entwicklung einer sicheren Bindung. Diese gilt als wichtige Voraussetzung für spätere flexible und kompetente Bewältigungsstrategien im sozialen Kontext und für eine positive Persönlichkeitsentwicklung. Unsichere und von Misstrauen geprägte oder gar pathologische Bindungserfahrungen sind dagegen häufig mit negativen Auswirkungen für die spätere Persönlichkeitsentwicklung und das Sozialverhalten verbunden. Untersuchungen belegen die Entwicklungsvorteile sicher gebundener Kinder in unterschiedlichen Bereichen sozial-emotionaler und kognitiver Entwicklung gegenüber unsicher gebundenen Kindern. Diese Kompetenzen zeigen

sich mit zunehmender Entwicklung auch in sozialen Beziehungen jenseits der Eltern-Kind-Beziehung (Weinfield u. a. 1999) und tragen als Schutzfaktoren dazu bei, mit schwierigen Lebensumständen zurechtzukommen (Werner 1990).

Die in den ersten Beziehungen mit den Eltern erworbenen Bindungsstile lassen sich als Prototypen zwischenmenschlicher Beziehungen auffassen. Sie entwickeln sich im weiteren Entwicklungsverlauf zunehmend zu inneren Vorstellungen über sich selbst, über nahestehende andere Menschen und die Beziehungen mit ihnen sowie über die mit diesen Beziehungen einhergehenden Gefühle (sogenannte innere Arbeitsmodelle von Bindung). Diese inneren Vorstellungen beeinflussen auch zunehmend den Umgang mit anderen Menschen. Das Kind sucht und erlebt neue Beziehungen mit Geschwistern, in der Kindertagesbetreuung oder in der Schule auf der Grundlage seiner bisherigen Beziehungserwartungen und -erfahrungen mit sich selbst und anderen. Es verhält sich entsprechend seinen Erwartungen und die soziale Umwelt reagiert entsprechend darauf. Untersuchungen belegen, dass sicher gebundene Kinder häufiger offen und vertrauensvoll auf andere zugehen, während sich unsicher gebundene Kinder eher feindselig, ärgerlich oder ängstlich verhalten. Obwohl diese frühen Bindungsstile zu einem gewissen Grad prägend sind, können sie sich dennoch durch neue zwischenmenschliche Erfahrungen bzw. andere Lebenssituationen (graduell) ändern, und zwar sowohl von einer unsicheren in eine sichere innere Vorstellung von Bindung als auch umgekehrt.

Ein weiteres Grundbedürfnis ist gemäß bindungstheoretischen Annahmen eng mit dem nach emotionaler Sicherheit verknüpft bzw. ihm komplementär: Das Bedürfnis nach Erkundung und Autonomie. Das Bedürfnis nach Erkundung lässt sich am ehesten im Sinne eines Wunsches interpretieren, Verhalten oder Ereignisse selbst zu verursachen und zu steuern (Bandura 1982). Es kann auch mit anderen Konzepten beschrieben werden, wie beispielsweise als Wirksamkeitsmotivation (White 1959), als interne Kontrollüberzeugung bei älteren Kindern (Rotter 1966; Heckhausen 1977) oder als Selbstwirksamkeit bei Säuglingen (Stang 1989). Im Zusammenspiel zwischen Bindung und Exploration bzw. Autonomie wird Bindung als sichere Basis für die unbelastete Erkundung und das Ausleben von Autonomiebestrebungen gesehen (Ainsworth u. a. 1978).

Die ausgewogene Balance zwischen Verwirklichung der Autonomiebestrebungen des Kindes auf der einen Seite und seinen Sicherheits- und Bindungsbedürfnissen auf der anderen Seite wird mit Bindungssicherheit gleichgesetzt. In salutogenetischen Modellen wird eine positive Entwicklung als eine gelungene Integration von Autonomie und emotionaler Verbundenheit aufgefasst (Kahn/Antonucci 1980; Baltes/Silverberg 1994; Harter 1998). Bindungsunsicherheit lässt sich demgegenüber als Ungleichgewicht im Sinne einer Abweichung der angenommenen Balance von Bindungsbedürfnissen und

Autonomiebestrebungen charakterisieren (Ziegenhain 2004).

Eine entwicklungspsychopathologische Abweichung einer so verstandenen Balance findet sich bei vernachlässigten und misshandelten Säuglingen und Kleinkindern. Misshandlung und Vernachlässigung treten in der Regel in schwerwiegenden Überforderungssituationen von Familien auf, wenn eine Vielzahl vorhandener Risiken nicht durch Schutzfaktoren abgepuffert werden kann (vgl. Teil A, Kap. 3.2.2.4 und 3.2.2.5). Misshandlung und Vernachlässigung können zu schweren Traumatisierungen führen und stellen eine erhebliche und nachhaltige Gefährdung der Gesundheit eines Kindes dar. Ein guter Gesundheitszustand bildet aber wiederum eine wichtige Voraussetzung für altersangemessene Entwicklungsprozesse (z. B. des Sozialverhaltens und der kognitiven Entwicklung; Werner/Smith 2001).

Vernachlässigte und misshandelte Kinder werden in ihren Regulationsbemühungen von ihren Eltern nicht nur unzureichend unterstützt, sondern erfahren durch ihre Eltern massives Leid und erleben häufige Episoden von Angst, die chronischer Bestandteil ihrer Beziehungserfahrungen werden können. Damit befinden sie sich in einem unlösbaren emotionalen Konflikt: Angst aktiviert, biologisch vorprogrammiert, das kindliche Bindungssystem. Das Kind muss daher unweigerlich Nähe und Kontakt zur Bindungsperson suchen. Ist aber die Bindungsperson diejenige, bei der das Kind Schutz sucht, gleichzeitig diejenige, die seine Angst auslöst, dann kollabieren seine Verhaltensstrategien und Aufmerksamkeit (Lyons-Ruth/Jacobwitz 1999; Ziegenhain/Fegert 2004). Dies verursacht in der Regel erhebliche Traumatisierungen.

Säuglinge und Kleinkinder sind, relativ zu älteren Kindern, deutlich stärker vulnerabel und darüber hinaus existentiell auf die Befriedigung von Basisbedürfnissen wie Versorgung, Ernährung, Gesundheitsfürsorge, aber auch Zuwendung und Liebe, angewiesen. Dabei lässt sich Versorgung oft nicht von mangelnder elterlicher Zuwendung bzw. Empathiedefiziten trennen. Ein Beispiel ist die Gefahr raschen Austrocknens im Säuglings- und Kleinkindalter bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr (Ziegenhain 2006). Tatsächlich ist die Gefahr von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung am größten in den ersten fünf Lebensjahren. Während des ersten Lebensjahres sterben mehr Kinder in der Folge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter (US-Department of Health and Human Services 1999). Weitere Entwicklungsrisiken bei schweren und wiederholten traumatischen Erfahrungen von Säuglingen und Kleinkindern liegen beispielsweise darin, dass sie inadäquate Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress entwickeln sowie ihre Affektregulation und Erinnerungsfähigkeit eingeschränkt bleiben (Schädigung des Hippocampus, in dem die Funktionen des bewusstseinsfähigen Gedächtnisses lokalisiert sind). Ein weiteres Risiko liegt in der Einschränkung der Fähigkeit, später die eigene Biografie zusammenhängend zu verstehen und zu kommunizieren. Im Alltag lässt sich dann beobachten, dass traumatische Er-

innerungen unkontrollierbar aktiviert werden (Siegel 1999; Schore 2001, 2003).

Entwicklungsrisiken scheinen sich danach vornehmlich in Beziehungen mit anderen Menschen und in Problemen der Affektregulation zu finden. Tatsächlich waren in unterschiedlichen Untersuchungen misshandelte und vernachlässigte Kleinkinder häufiger (hoch) unsicher gebunden (Cicchetti/Toth 1995; Carlson u. a. 1989; van Ijzendoorn u. a. 1999). Hochunsichere Bindungen werden von einigen Autoren analog zur kinderpsychiatrischen Klassifikation als Bindungsstörungen interpretiert (gemäß ICD-10; DSM-IV; Zeanah 1996). Tatsächlich sind es überwiegend schwer vernachlässigte und früh traumatisierte und misshandelte Kinder, die eine Bindungsstörung diagnostiziert bekommen. Somit handelt es sich um massive Deprivationsfolgen, die sich im Kontext einer Bindungsbeziehung zeigen.

Misshandlung und Vernachlässigung lassen sich als destruktive Entgleisungen einer sich entwickelnden Bindungsbeziehung interpretieren. Sie zeigen sich in der Verzerrung und im Versagen adäquaten elterlichen Verhaltens (Ziegenhain u. a. 2007). Insofern sind Misshandlung und Vernachlässigung auch prototypische Beispiele für die Beziehungsabhängigkeit frühkindlicher Entwicklung und die Bedeutung elterlichen Verhaltens für die gesundheitliche und seelische Entwicklung des Kindes.

5.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Das nachfolgende Kapitel beschreibt die Gesundheitssituation von Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland. Hierzu werden verschiedene Indikatoren wie die Säuglingssterblichkeit, Häufigkeiten (Prävalenzen)³⁰ von akuten, chronischen und psychischen Krankheiten oder die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung genutzt. Darüber hinaus werden Indikatoren verwendet, die sich auf das Gesundheitsverhalten (der Eltern) beziehen und die mögliche Schutz- oder Risikofaktoren für die weitere gesundheitliche Entwicklung des Kindes darstellen. Die Folgen von (un)günstigem Gesundheitsverhalten zeigen sich dabei oftmals nicht direkt, sondern erst im späteren Lebensverlauf des Kindes.

5.2.1 Das ungeborene Leben: Gesundheit beginnt schon vor der Geburt

Bereits vor und in der Schwangerschaft werden erste Weichen für den Gesundheitszustand des Kindes gestellt. Wichtige Faktoren, die die Gesundheit des ungeborenen Kindes beeinflussen, sind das Gesundheitsverhalten der

Mutter (gesunde Ernährung, Substitution von Folsäure, Alkohol- und Rauchverzicht auch der Umgebung, Drogenverzicht, Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen sowie kompletter Impfstatus der Mutter), das Ausmaß der Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft und die psychosoziale Gesundheit der Mutter. Das Gesundheitsverhalten der werdenden Mütter ist deutlich assoziiert mit dem Migrationsstatus³¹, dem sozioökonomischen Status sowie dem Alter. So zeigen die auf der Basis von Selbsteinschätzungen der Befragten gewonnenen Ergebnisse des KiGGS, dass Schwangere mit niedrigem Sozialstatus, sehr junge Mütter (bis 19 Jahre) und Mütter in Westdeutschland deutlich häufiger als Schwangere mit hohem Sozialstatus, ältere Mütter (> 19 Jahre) oder Mütter in Ostdeutschland rauchten, während der Alkoholkonsum³² bei den schwangeren Frauen mit hohem Sozialstatus höher lag als bei werdenden Müttern mit niedrigem Sozialstatus (Bergmann u. a. 2007, vgl. Tab. 5.1). Hier wäre aber zu prüfen, wie weit sich hinter diesen Unterschieden in den Befunden nicht nur die objektiv konsumierten Mengen von Alkohol, sondern auch ein unterschiedliches, kulturell geprägtes Verständnis von Gebrauch und Umgang mit Alkohol verbirgt.

Festzuhalten ist zunächst, dass 91,5 Prozent der befragten Mütter mit niedrigem und 79,7 Prozent mit hohem Sozialstatus in Bezug auf Alkohol in der Schwangerschaft abstinenter sind. Doch für Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft rauchen oder Alkohol konsumierten, bestehen besondere Risiken. Denn Rauchen während der Schwangerschaft kann zu einer erhöhten Morbidität, Sterblichkeit und zu einem niedrigeren Geburtsgewicht des Säuglings führen und gilt als Risikofaktor für Regulationsstörungen (vgl. Kap. 5.2.6) und kognitiven Entwicklungsstörungen (Papoušek u. a. 2004; Bergmann u. a. 2007).

Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft ist vor allem bei sogenannten Risikoschwangerschaften³³ von großer Bedeutung, um die Gesundheit von Mutter und Kind zu schützen (Simoes u. a. 2003). Migrantinnen und Mütter mit hoher sozialer Belastung nehmen deutlich seltener an der Schwangerenvorsorge teil (ebd.).

Jüngste Untersuchungen weisen daneben auf die große Bedeutung psychischer Belastungen in der Schwangerschaft hinsichtlich der Entstehung frühkindlicher Verhaltensprobleme hin (vgl. Tabelle 5.1).

³⁰ Prävalenz: Anzahl aller Fälle einer bestimmten Krankheit/Auffälligkeit in einer Population (z. B. Altersgruppe) zum gegebenen Untersuchungszeitpunkt.

³¹ Der Migrationsstatus, wie er im KiGGS verwendet wurde, erfasst Kinder und Jugendliche, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind oder von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit ist.

³² Die Daten beruhen genau wie die anderen Daten auf Selbstangaben der Befragten und differenzieren nicht hinsichtlich der konsumierten Menge und Art des Alkohols.

³³ z. B. Mutter > 35 Jahre oder vorausgehende Fehlgeburten. Mittlerweile werden 70 Prozent aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaft eingestuft (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. 2007).

Tabelle 5.1

Häufigkeit des Tabak- und Alkoholkonsums sowie psychische Belastungen in der Schwangerschaft der Mütter von Kindern unter zwei Jahren (Prävalenzen in Prozent)

	Befunde
Regelmäßiger bis gelegentlicher Alkoholkonsum nach Sozialstatus	Niedriger ST: 8,0 % Mittlerer ST: 13,4 % Hoher ST: 20,0 %
Regelmäßiger bis gelegentlicher Tabakkonsum nach Sozialstatus	Niedriger ST: 31,5 % Mittlerer ST: 14,5 % Hoher ST: 6,0
Regelmäßiger bis gelegentlicher Alkoholkonsum nach Alter der Mutter	Sehr junge Mütter: 4,9 % Restliche Mütter: 13,7 %
Regelmäßiger bis gelegentlicher Tabakkonsum nach Alter der Mutter	Sehr junge Mütter: 31,4 % Restliche Mütter: 16,8 %
Psychische Belastung in der Schwangerschaft	25 % aller schwangeren Frauen haben Angsterkrankungen, Depressionen oder Stress (Simoes u. a. 2003)

Quelle: RKI (2008a); Simoes u. a. (2003) ST: sozialer Status³⁴

5.2.2 Säuglingssterblichkeit und Unfälle

In den 1990er-Jahren ist die Säuglingssterblichkeit in Deutschland kontinuierlich zurückgegangen und nimmt im internationalen Vergleich einen unteren Platz ein. Unreife und niedriges Gewicht bei der Geburt (u. a. durch Frühgeburt) sowie angeborene Anomalien sind potenzielle Risikofaktoren für Säuglingssterblichkeit in der Neugeborenenperiode. Jenseits der Neugeborenenperiode bis zum ersten Lebensjahr gilt der plötzliche Kindstod als häufigste Todesursache (Bajanowski/Poets 2004).

Der plötzliche Kindstod ist das unerwartete und nicht erklärlie Versterben eines Säuglings oder Kleinkindes, das zumeist in der Schlafenszeit des Säuglings auftritt. Zu den Risikogruppen zählen Kinder aus sozial benachteiligten Familien, Kinder besonders junger Mütter (< 20 Jahre), Kinder Alleinerziehender sowie Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (2 500g bzw. Frühgeburten), Mehrlingsgeburten und Säuglinge mit mehreren älteren Geschwistern (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2006). Effektive Präventionsmaßnahmen beinhalten die ausschließliche Rückenlage als Schlafposi-

tion, den Rauchverzicht der Mutter während der Schwangerschaft und in Gegenwart des Kindes, die Vermeidung von Überwärmung des Kindes, Stillen sowie das Tragen von Schlafsäcken (Vennemann u. a. 2003).

Jenseits des ersten Lebensjahres gehören – trotz eines zu verzeichnenden Rückgangs – Unfälle zur häufigsten Todesursache bei Kindern in Deutschland und Europa (Kahl u. a. 2007). Bei der Zielgruppe der Kleinkinder muss das (häusliche) Unfallgeschehen im Fokus der Prävention stehen. Kinder mit Migrationshintergrund wenden im späteren Lebensalter wesentlich seltener Schutzmaßnahmen (z. B. Helmtragen beim Fahrradfahren) an als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kahl 2007a).

5.2.3 Stillverhalten und Ernährung bei Säuglingen und Kleinkindern

Zu kaum einem anderen Zeitpunkt ist hochwertige Nahrung von größerer Bedeutung als während der frühkindlichen Entwicklung. Das enorm schnelle Wachstum des Säuglings sowie die Differenzierung des Gewebes und der Organe machen eine hohe Nährstoffzufuhr notwendig (Koletzko 2007, S. 104). Die Nährstoffversorgung und die Qualität der Ernährung während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren haben sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes (ebd.).

Die positive Gesamtwirkung des Stillens auf die Gesundheit von Kind und Mutter ist heute unbestritten, jedoch werden die Effekte auf bestimmte Zielgrößen noch sehr kontrovers diskutiert (Zwiauwer 2001; Kramer/Kakuma 2002). Zu den positiven Effekten des Stillens gehören eine Verringerung von Infektionskrankheiten und anderen Erkrankungen (z. B. Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündung, Darmentzündung etc.) sowie eine geringere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Kindheit (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2000; Bergmann u. a. 2003; Liese u. a. 2001; Frye/Heinrich 2003; Owen u. a. 2005; Harder u. a. 2005). Darüber hinaus fördert Stillen die Bindung zwischen Mutter und Kind (Verny 2004; Kersting/Dulon 2002).

Zu langes Stillen kann jedoch zu einer hohen Schadstoffübertragung (z. B. DDT, PCB, HCB³⁵ etc.) über die Milch von der Mutter auf das Kind führen. Das Umweltbundesamt empfiehlt daher, die Stillzeit von sechs Monaten nicht zu überschreiten (Umweltbundesamt 2007).

Ergebnisse des KiGGS zeigen, dass im Jahre 2005 geborene Kinder deutlich häufiger als 1986 geborene Kinder gestillt wurden, jedoch Unterschiede in den Bevölkerungsgruppen vorliegen (Lange u. a. 2007). Kinder mit hohem Sozialstatus wurden deutlich häufiger und länger gestillt als Kinder mit niedrigem Sozialstatus (vgl. Tab. 5.2). Rauchende Mütter stillten ihre Kinder besonders selten. In absteigender Reihenfolge wurden in der Studie Stillen und Säuglingsernährung familiäre Überbeanspruchung, keine Zeit, Rauchen, Probleme mit der Brust, frühere Probleme mit dem Stillen, keine Lust zum Stillen sowie eine bevorstehende Erwerbstätigkeit als

³⁴ Der soziale Status wurde anhand von Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und zum Haushaltsnettoeinkommen gemessen. Der so ermittelte Index erlaubt eine Einteilung in „niedriger Sozialstatus“, „mittlerer Sozialstatus“ und „hoher Sozialstatus“.

Als sehr junge Mütter gelten alle Frauen, die eine Altersdifferenz zum Kind von unter 20 Jahren haben sowie ihr Kind zum Befragungszeitpunkt noch erziehen (also keine Stiefmütter sind; RKI 2008a)

³⁵ Vgl. Kap. 6.2.4

Gründe für das „Nicht-Stillen“ genannt (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2000, S. 19)

Tabelle 5.2

**Häufigkeit des Stillens (Kind jemals gestillt)
nach soziodemografischen und weiteren
Merkmalen (Prävalenzen in Prozent)
im Zeitraum 2003 bis 2006**

	Befunde
Sozialstatus	Hoher ST: 90,5 % niedriger ST: 67,3 %
Migrationshintergrund der Mutter	Mit MH: 79,1 % ohne MH: 76,2 %
Tabakkonsum	Raucherinnen: 58,0 % Nichtraucherinnen: 80,9 %

Quelle: Lange u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund ST: sozialer Status

5.2.4 Impfungen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung

Impfungen schützen individuell und haben einen hohen Kollektivschutz für die Bevölkerung. Die WHO fordert einen Durchimpfungsgrad von 95 Prozent, um impfpräventible Erkrankungen wirksam auszurotten. Impfdefizite bestehen insbesondere bei der Masernimpfung, bei nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund sowie Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (Poethko-Müller 2007). Im Jugendalter sind insbesondere die Impfquoten gegen Hepatitis B bei Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, aber auch bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zu niedrig (RKI 2008b, S. 118).

Tabelle 5.3

**Impfquoten bei der Grundimmunisierung und
der Zweitimpfung im zweiten Lebensjahr
des Kindes**

	Befunde
Grundimmunisierung	Diphtherie: 96,3 %, Tetanus: 96,7 %, Kinderlähmung: 95,2 %, HIB ³⁶ : 94,7 %, Keuchhusten: 94,7 %
Zweitimpfung (Masern, Mumps, Röteln)	Masern: 59,0 %, Mumps: 58,9 % Röteln: 58,8 %

Quelle: Poethko-Müller u. a. (2007)

³⁶ Die HIB-Impfung ist eine Schutzimpfung gegen das Bakterium *Haemophilus influenzae* Typ b. Vor allem bei Kleinkindern ist dieses Bakterium ein Erreger von Hirnhautentzündungen und weiteren entzündlichen Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich.

Als weitere medizinische Präventionsmaßnahme wird allen Kindern von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr die Teilnahme an zehn Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U7, U7a seit 1. Juli 2008, U8, U9) angeboten. Diese dienen als Maßnahme der sekundären Prävention im Wesentlichen dazu, Krankheiten und Entwicklungsunregelmäßigkeiten körperlicher wie psychischer Art so früh wie möglich zu erkennen und geeignete Therapiemaßnahmen einzuleiten. Ergänzt werden (sollten) die Untersuchungen durch Informationen zur Unfallprävention, zu empfohlenen Impfungen und zur Vitamin-D-Prophylaxe.

Das derzeitige Untersuchungsprogramm stammt noch weitgehend aus dem Jahr 1971 und richtet sich nicht auf die primäre Prävention von Krankheiten. Entwicklungsstörungen der Sprache, Bewegung und der sozialen Interaktion sowie Anzeichen von Vernachlässigung und Miss-handlung werden nur unzureichend erfasst.

Tabelle 5.4

**Inanspruchnahme einzelner Früherkennungs-
untersuchungen und Arztbesuch bei nieder-
gelassenen Kinder- und Jugendärzten
bzw. Allgemeinmediziner in den
letzten 12 Monaten**

	Befunde
U3 (4.–6. Lebenswoche)	Insgesamt: 95,3 % mit MH: 81,3 % ohne MH: 97,3 % niedriger ST: 90,7 % hoher ST: 97,3 %
U7 (21.–24. Monat)	Insgesamt: 92,4 % mit MH: 73,4 % ohne MH: 95,1 % niedriger ST: 85,9 % hoher ST: 95,0 % alle Kinder mit MH, die nie an einer Vorsorgeunter- suchung teilgenommen haben: 14 %
Arztbesuch	95,1 % aller 0- bis 2-Jähri- gen besuchen einen Kinder- und Jugendarzt; 33,9 % einen Allgemein- mediziner

Quelle: Kamtsiuris u. a. 2007; ST: Sozialstatus; MH: Migrationshintergrund

Aus den Daten des KiGGS geht hervor, dass insbesondere Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und Kinder mit niedrigem Sozialstatus seltener an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen (Kamtsiuris u. a. 2007a). Kinder aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und arabisch-islamischen Ländern nehmen die Vorsorgeuntersuchungen besonders selten wahr (RKI 2008b).

Zu den Inanspruchnahme- und Zugangsbarrieren für Migranten gehören neben Sprachbarrieren auch Informationsdefizite, kulturelle und religiöse Konzepte, Geschlechterrollen, migrationsspezifische Hintergründe (z. B. Pendelmigranten), fehlende Orientierung der Angebote an Zielgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, rechtliche Barrieren, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen sowie mangelhafte interkulturelle Kompetenz und Orientierung der Versorgungs- und Vorsorgeangebote (Geiger/Razum 2006). Zugangsbarrieren können die Chancenungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen zusätzlich verschärfen.

Daten des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung zeigen daneben, dass die Altersgruppe der unter 2-Jährigen die behandlungsintensivste Gruppe bei Kinder- und Jugendärzten darstellt. Aus den Quartaleintragen geht hervor, dass die Kinder und ihre Eltern, die zum Arzt gehen, im Schnitt 3,8-Mal pro Quartal den Arzt aufsuchen (Zinke u. a. 2001). Das bedeutet, dass Kinder- und Jugendärzte Eltern und Kinder in dieser Altersphase besonders häufig sehen und sich neben den Vorsorgeuntersuchungen (U2 bis U9) viele weitere Möglichkeiten für eine Beobachtung der Entwicklung des Kindes ergeben.

5.2.5 Einschätzung von Gesundheit und Auftreten von Krankheiten

Im KiGGS wurde der Gesundheitszustand der Kinder durch die Eltern selbst eingeschätzt. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. Erfreulicherweise schätzten fast alle befragten Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes (0 bis 2 Jahre)³⁷ als „sehr gut“ oder „gut“ ein (Lange u. a. 2007, S. 578), allerdings bewerteten deutlich weniger Eltern mit Migrationshintergrund als Eltern ohne Migrationshintergrund den Gesundheitszustand ihres Kindes mit „sehr gut“ (vgl. Tab. 5.5). Dieser Unterschied schwächt sich ab, bleibt aber im Wesentlichen auch dann bestehen, wenn der Sozialstatus beider Elterngruppen berücksichtigt wird. Das bedeutet, dass die häufigere Zugehörigkeit von Migranten zu niedrigen sozioökonomischen Statusgruppen nur einen kleinen Teil der unterschiedlichen Einschätzung der Gesundheit erklären kann und somit andere eventuell migrationsspezifische Faktoren für die Unterschiede in Betracht kommen. Ähnlich groß stellten sich die Unterschiede zwischen Eltern mit hohem und niedrigem Sozialstatus dar: Letztere schätzten den Gesundheitszustand ihres Kindes deutlich schlechter ein als Eltern mit hohem Sozialstatus (vgl. Tab. 5.5). Die gefundenen Unterschiede zwischen Kindern mit niedrigem und

hohem Sozialstatus bleiben über alle Altersgruppen bestehen, sind jedoch bei den unter 2-Jährigen am geringsten und bei den 3- bis unter 6-Jährigen am deutlichsten ausgeprägt. Bei Eltern mit Migrationshintergrund sind die Unterschiede beim selbst eingeschätzten Gesundheitszustand des Kindes in der ersten Altersgruppe am größten, während sie kontinuierlich bis zu den 14 bis 17-Jährigen geringer werden. Insgesamt schätzen Eltern die Gesundheit der Mädchen bis zum Alter von 13 Jahren besser ein als die der Jungen. Mit 14 Jahren kehrt sich dieses Verhältnis um. Der Anteil der Einschätzungen mit „sehr gut“ nimmt mit steigendem Alter deutlich ab.

In der frühen Kindheitsphase bis hin zum Grundschulalter sind insbesondere akute Erkrankungen von großer Bedeutung für den Gesundheitszustand. Jedoch stehen die im KiGGS erhobenen Daten zur Häufigkeit von akuten Krankheiten bei Kindern unter 2 Jahren nicht im Einklang mit dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand durch die Eltern. Demnach sind unter 10-Jährige aus Migrantenfamilien sowie Kinder mit niedrigem Sozialstatus von den häufigsten akuten Krankheiten im Kleinkindalter (z. B. Erkältungskrankheiten, Magen-Darm-Infekte, Bronchitis, Bindehaut- und Mittelohrentzündungen) nach Auskünften der Eltern seltener betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund bzw. Kinder mit hohem Sozialstatus (vgl. Tab. 5.5). Für die gefundene Inkonsistenz werden als mögliche Gründe z. B. eine Unterschätzung von Krankheiten, eine geringere Symptomaufmerksamkeit, eine soziokulturell andere Einstellung zur Krankheit, Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient oder aber eine geringere Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung (und somit geringere Diagnosestellungen bei Menschen mit niedrigerem Sozialstatus und/oder bei Migranten) angeführt (Kamtsiuris u. a. 2007, S. 688).

Chronische Erkrankungen kommen im Kleinkindalter sowie in der Kindheit eher selten und weniger oft als akute Erkrankungen vor, können jedoch die gesamte Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen. Neurodermitis und obstruktive Bronchitis gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkindalter (vgl. Tab. 5.5). Insgesamt leiden Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie Kinder mit Migrationshintergrund seltener an Neurodermitis als Kinder mit hohem Sozialstatus (ebd.). Die Ursachen sind wissenschaftlich bislang noch nicht eindeutig geklärt.

Daneben weisen die Daten des KiGGS darauf hin, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund ein deutlich schlechteres Zahngesundheitsverhalten aufweisen als Kinder mit hohem Sozialstatus bzw. ohne Migrationshintergrund. Besonders gravierend sind die Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten, wenn ein gleicher sozialer Status vorliegt (Schenk/Knopf 2007, S. 653). Diese Unterschiede bleiben in allen Altersphasen bestehen. Deshalb wird dieses Thema im weiteren Bericht nicht nochmals aufgegriffen.

³⁷ Da im KiGGS – anders als in diesem Bericht – eine Alterseinteilung der Kinder von unter 3 Jahren und von 3 bis 6 Jahren vorgenommen wurde, wird hier nur auf die Ergebnisse für Kinder zwischen 0 bis 2 Jahren Bezug genommen.

Tabelle 5.5

Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Kindes sowie akute und chronische Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen bei unter 2-Jährigen

	Befunde
Von den Eltern eingeschätzter Gesundheitszustand des Kindes	Insgesamt: 55,0 % aller Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes als „sehr gut“, 42,1 % als „gut“ ein. „sehr gut“: Eltern mit MH: 43 % Eltern ohne MH: 57,2 %; mit niedrigem ST: 49,9 % mit hohem ST: 58,6 %
Akute Erkrankungen	Erkältungskrankheiten: 87,5 %, Magen-Darminfekte: 47,6 %, Bronchitis: 25,6 %, Mittelohrentzündung: 18,9 %; Jungen erkranken häufiger als Mädchen; Kinder mit MH und Kinder mit niedrigem ST erkranken seltener als Kinder ohne MH und Kinder mit hohem ST (betrifft alle Altersgruppen zwischen 0 und 17 Jahren); Kinder mit MH erkranken häufiger an Masern als Kinder ohne MH
Chronische Erkrankungen	Obstruktive Bronchitis: 12,3 %, Neurodermitis: 8,7 %; Jungen erkranken häufiger als Mädchen; Kinder mit niedrigem ST und Migranten erkranken seltener als Kinder mit hohem ST und Nicht-Migranten

Quelle: Lange u. a. (2007); Kamtsiuris u. a. (2007); ST: sozialer Status; MH: Migrationshintergrund

5.2.6 Regulationsstörungen

Störungen der frühkindlichen Verhaltensregulation haben in den letzten zehn Jahren zunehmende Aufmerksamkeit gewonnen. Als extreme Ausprägungen der normalen individuellen Variabilität finden sie sich bei 15 bis 25 Prozent der gesunden Kleinkinder und manifestieren sich je nach Alter in exzessivem Schreien, Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, Fütterstörungen, dysphorischer Unruhe, exzessivem Klammern, exzessivem Trotzen und/

oder aggressivem Verhalten. Dabei treten die Symptome (z. B. exzessives Schreien) selten alleine, sondern meist in Kombination mit anderen Störungsbildern (z. B. Schlafstörungen) auf (Papoušek u. a. 2004). Sie entstehen in dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktionen, in denen die gemeinsame Regulation der phasentypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben versagt. Die Leitsymptome umfassen eine Trias von Verhaltensproblemen, dysfunktionalen Kommunikationsmustern in den zugehörigen Interaktionskontexten und psychische Belastungen der Eltern (Papoušek 2003).

Die Kumulation von Belastungen aufseiten von Kindern und Eltern sowie psychosoziale Belastungen begünstigen das Entstehen von Regulationsstörungen. Anlage-, reifungs- und temperamentsbedingte Anpassungsschwierigkeiten des Kindes sowie Ängste, Unsicherheit und Überforderung der Eltern können eine negative Spirale auslösen, die zu einer immer weniger stimmigen Eltern-Kind-Beziehung führen kann und intuitives Handeln aufseiten der Eltern zunehmend erschwert. Die frühzeitige Diagnose und eine darauf aufbauende Begleitung und Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion ist für die weitere Entwicklung dieser Kinder besonders wichtig.

5.2.7 Psychische Gesundheit

Es besteht Konsens darüber, dass unter ungünstigen Bedingungen auch schon Säuglinge und Kleinkinder schwerwiegende und weit über das Kleinkindalter hinaus anhaltende psychische Störungen entwickeln können (Laucht u. a. 2000; Rutter/Sroufe 2000). Derzeit liegt die Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen um 20 Prozent und ist damit etwa ebenso häufig wie im Erwachsenenalter (Ihle/Esser 2002). Auch bei dreijährigen Kleinkindern geht man von dieser Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten aus (Remschmidt 1998). Dabei verschwindet die Hälfte der aufgetretenen Störungen wieder (Ihle/Esser 2002), was auch durch die frühzeitige Unterstützung der Kinder und ihrer Familien und die Aktivierung von Ressourcen und Schutzfaktoren bedingt sein kann.

Zu den im Kleinkindalter am meisten beachteten Störungen gehören die frühkindlichen Bindungsstörungen, wobei bislang keine Ergebnisse über deren Inzidenz und Prävalenz bekannt sind (Ziegenhain 2007). Dabei führt jedoch nicht jedes problematische Bindungsverhalten der Bezugspersonen zwangsläufig zu einer Bindungsstörung beim Kind. Im Normalfall baut ein Kind eine Bindung zu mindestens einer wichtigen Bezugsperson auf und zeigt je nach Verhalten der Bindungsperson unterschiedliche Formen von Bindungsverhalten. Auch vermeidende oder ambivalente Bindungen eines Kleinkindes können als sinnvolle Anpassungen an die Umwelt und das Verhalten der Bezugspersonen interpretiert werden. Erst das dauerhafte Fehlen einer kontinuierlichen und persönlichen Bindung mit einer verlässlichen Bezugsperson fördert die Entstehung einer Bindungsstörung. Dabei werden zwei unterschiedliche Störungsbilder im Bindungsverhalten von Kleinkindern beschrieben: Das eine Störungsbild ist

durch distanzloses und oberflächlich freundliches Verhalten des Kindes gegenüber fremden Menschen charakterisiert und das andere durch schwerwiegende Gehemmtheit und Abwehrreaktionen des Kindes, in Belastungssituationen Nähe und Trost bei einer Bezugsperson zu suchen (ebd.).

Bindungsstörungen sind in den kinder- und jugendpsychiatrischen diagnostischen Manualen (ICD-10 und DSM-IV)³⁸ relativ ähnlich definiert. In beiden diagnostischen Manualen werden Bindungsstörungen als Verhaltensweisen beschrieben, die in den meisten sozialen Kontexten entwicklungsunangemessen sind, mit einem pathologischen (elterlichen) Beziehungsverhalten und einer problematischen Betreuungssituation einhergehen. Als klassifikationsrelevant wird vorausgesetzt, dass die Störung vor dem fünften Lebensjahr des Kindes einsetzt. Eine der zentralen Annahmen für die Entstehung von Bindungsstörungen ist das Fehlen einer kontinuierlichen und persönlichen Bindung zu einer Bezugsperson. Der Zusammenhang zwischen frühen Vernachlässigungs- bzw. Deprivationserfahrungen und Bindungsproblemen bzw. -störungen wurde in neueren Untersuchungen bei Kleinkindern in rumänischen Waisenhäusern (Smyke u. a. 2002; Zeanah u. a. 2002; Zeanah u. a. 2005) sowie bei ehemals rumänischen Waisenkindern, die nach England bzw. Kanada adoptiert wurden, bestätigt (Chisholm 1998; O' Connor u. a. 2003; MacLean 2003).

Bei sehr vielen Heranwachsenden, die ursprünglich die Diagnose einer „Bindungsstörung mit Enthemmung“ erhielten, wird im späten Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter die Diagnose z. B. einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt (Ziegenhain/Fegert 2004; vgl. auch Kap. 9.2.1). Auch wenn Kinder mit dieser speziellen Diagnose eine eher ungünstige Prognose haben, muss doch immer auch berücksichtigt werden, dass das Bindungssystem zeitlebens offen für neue Bindungserfahrungen und somit für Veränderungen bleibt. In bindungsorientierter pädagogischer Arbeit können Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen neue emotionale Erfahrungen ermöglicht werden (Brisch/Hellbrügge 2003). Der Aufbau sozialer Beziehungen kann sehr erschwert werden durch eine autistische Störung des Kindes, die in der Regel vor Ende des 3. Lebensjahres manifest wird. Auffälligkeiten zeigen sich in der zwischenmenschlichen Interaktion, der Kommunikation und dem Verhaltensrepertoire, das oft eingeschränkt oder stereotyp ist. Das Zeigeverhalten ist erkennbar eingeschränkt, was als Störung des gemeinsamen Bezugs zu Dingen der Umwelt gedeutet wird; ebenso können emotionale Signale oft schwer zugeordnet werden. Vor allem das Ausbleiben erwarteter Reaktionen kann sich auf das entwicklungsförderliche Zusammenspiel mit Bezugspersonen negativ auswirken (Klicpera/Klicpera-Gasteiger 2008).

5.2.8 Kindeswohlgefährdung

Unter Kindeswohlgefährdung werden gewöhnlich Formen körperlicher und psychischer Misshandlung, körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie sexueller Missbrauch zusammengefasst. Dabei spielt sexuelle Gewalt in der frühen Kindheit eine untergeordnete Rolle. Die Grenzen zwischen unangemessenen Körperstrafen und Misshandlung einerseits und andererseits zwischen mangelnder Fürsorge und Vernachlässigung lassen sich als fließend beschreiben. Kinder können sowohl von Vernachlässigung wie von Misshandlung betroffen sein, wobei körperliche Misshandlung die am leichtesten erkennbare Form sein dürfte. Vernachlässigung wiederum wurde – auch wegen des eher schleichenden Verlaufs – lange weniger beachtet, obwohl sie wesentlich häufiger vorkommt (Fegert 2004). In den letzten Jahren ist die Sensibilität für die Folgen von Vernachlässigung deutlich angestiegen, und es wird zunehmend betont, dass Vernachlässigung nicht selten mit langfristigen Entwicklungsbeeinträchtigungen und auch mit traumatischen Überforderungen von Kindern einhergeht.

Zu den häufigsten Formen der Vernachlässigung und Misshandlung im Säuglings- und Kleinkindalter gehören Unterernährung mit Folgen wie Minderwuchs und Beeinträchtigung der kognitiven Entwicklung, invasives Füttern (z. B. gewaltsames Öffnen des Mundes, Verbrennungen am Mund) sowie unterlassene Aufsicht (das Kind bleibt alleine zu Hause; Gehrman 2007). Akute Gefährdungen für Säuglinge und Kleinkinder entstehen durch Verletzungen aufgrund von Misshandlungen und Unfällen durch mangelnde Aufsicht, wie Schütteltrauma, Hämatome, Platzwunden, Knochenbrüche oder Verbrennungen bzw. Verbrühungen oder inneren Blutungen. Akut gefährdend ist auch eine mangelnde Flüssigkeitszufuhr, die zum Austrocknen des Körpers führen kann. Diese Gefährdungen können schwerste körperliche und entwicklungsneurologische bzw. schlimmstenfalls tödlichen Folgen haben (Trocé u. a. 2003; Kindler u. a. 2006). Säuglinge und Kleinkinder sind in hohem Maße auf eine umfassende Versorgung und Betreuung angewiesen. Ist diese unzureichend oder gar nicht gewährleistet, können akute Gefährdungssituationen sehr abrupt – z. B. durch einen Unfall oder durch Austrocknen – eintreten. Wenn eine Mutter (z. B. aufgrund eines längeren Alkoholexzesses) einen Säugling nicht versorgt, führt dies sehr schnell zu einer lebensbedrohlichen Situation. Insofern finden sich gerade im Säuglings- und Kleinkindalter abrupte Übergänge von diskreten Hinweisen bis zur akuten Gefährdung.

Das tatsächliche Ausmaß von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung kann allerdings nur geschätzt werden, da die wenigen vorliegenden Schätzungen auf älteren, nicht hinreichend aussagekräftigen Forschungsbefunden beruhen und neuere repräsentative und auf der Basis valider Erhebungsinstrumente gewonnene Ergebnisse fehlen. Vorliegende sozialwissenschaftliche Studien kommen zu dem Schluss, dass etwa 10 bis 15 Prozent aller Eltern schwerwiegende und relativ häufige Körperstrafen bei ihren Kindern anwenden (Engfer 1997). *Münder u. a.*

³⁸ ICD-10 ist die derzeit gültige „International Classification of Diseases“ der WHO. DSM-IV ist das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen). Es ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association.

(2000) stellten in einer Aktenanalyse in Bezug auf Eingriffe in das elterliche Sorgerecht einen Anteil von zwei Dritteln Kindesvernachlässigung fest. Kinder werden in den meisten Fällen (80 Prozent) von ihren eigenen Eltern und meistens wiederholt (95 Prozent) misshandelt. Das Risiko, Opfer einer Misshandlung zu werden, wird bei Kindern mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten dreimal so hoch geschätzt (Engfer 2005). Im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder in der Folge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter. Laut Todesursachenstatistik lag der Anteil der unter 1-Jährigen bei 3,1 Tötungen auf 100 000 Kinder im Gegensatz zu 0,3 Tötungen bei den 1 bis 5-Jährigen (Fuchs-Rechlin 2006). Entgegen der allgemeinen öffentlichen Wahrnehmung, dass Kindstötungen in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen hätten, scheinen diese jedoch tendenziell eher abzunehmen (ebd.).

Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung und/oder Misshandlung lassen sich als Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses und als komplexe Wechselwirkung von Faktoren beim Kind, den Eltern und dem familiären Kontext beschreiben (Bender/Lösel 2005). Zu diesen Risiken gehören etwa fehlende soziale Unterstützung oder Partnerschaftsgewalt, biografische Belastungen der Eltern (z. B. Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen oder Fremdunterbringungen), psychische und gesundheitliche Belastungen (z. B. psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Eltern) oder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Rutter/Quinton 1984). Zu letzteren gehören geringe Impulskontrolle, beständige Gefühle von Hoffnungslosigkeit, mangelnde Problemlöse- und Stressbewältigungskompetenzen sowie Intelligenzminderung. Hinzu kommen fehlende Einsicht oder unzureichende Bereitschaft zur Veränderung als Risiken, die sich aus vorhergehender oder der aktuellen Vernachlässigung bzw. Misshandlung ableiten lassen (Leventhal 1996).

Bei vernachlässigten und misshandelten Kleinkindern fanden sich Entwicklungs- und Verhaltensprobleme insbesondere im sozial-emotionalen Bereich. Diese Kleinkinder waren gehäuft aggressiv und/oder zurückgezogen im Umgang mit Gleichaltrigen und zeigten keine Reaktionen auf Kummeräußerungen anderer Kinder bzw. reagierten darauf ängstlich oder aggressiv (George/Main 1979). Zudem waren diese Kinder häufig in ihrer Affektregulation weniger flexibel, weniger responsiv und aufgeschlossen und erschienen (vordergründig) bei Trennungen von ihrer Bindungsperson weniger belastet (Gaensbauer 1982). Des Weiteren zeigten sie gehäuft extreme negative Zustände wie Ärger, Wutanfälle, Traurigkeit oder untröstliches Weinen (Fraiberg 1982; Schneider-Rosen/Cicchetti 1984). Misshandelte und vernachlässigte Kleinkinder sprachen im Unterschied zu anderen Kindern auch weniger über sich selbst und über ihre eigenen Gefühle und ihre Befindlichkeit (Beeghly/Cicchetti 1994) und zeigten häufiger neutrale oder negative Reaktionen im Umgang mit sich selbst (Schneider-Rosen/Cicchetti 1984). Hinzu kamen weniger Ausdauer und Frustrationstoleranz im Umgang mit kognitiv herausfordernden Aufgaben (Egeland/Sroufe 1981; Gaensbauer 1982) bzw. allge-

meine kognitive Entwicklungsverzögerungen (Kindler u. a. 2006).

Solcherart gehäuftes Problemverhalten im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen und Affektregulation bei misshandelten und vernachlässigten Säuglingen und Kleinkindern lässt sich als Vorläufer von Kernsymptomen bei älteren traumatisierten und misshandelten/vernachlässigten Kindern interpretieren. Bei ihnen fanden sich in unterschiedlichen Untersuchungen vermehrt sogenannte disruptive Verhaltensstörungen, depressive Symptomaten und dissoziative Störungen (Scheeringa/Gaensbauer 2000) ebenso wie Suizidalität (vgl. Kap. 8.2.10). Auch die Tendenz, bei einem späteren potenziell traumatisierenden Ereignis eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, ist erhöht (Kindler u. a. 2006). Schließlich fand sich ein erhöhtes Risiko, im Jugend- bzw. im jungen Erwachsenenalter an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken (Cahill u. a. 1999; Kaplan u. a. 1999; Kindler u. a. 2006; vgl. Kap. 9.2.1).

5.3 Zusammenfassung

Die Entwicklung und Gesundheit des Kindes in den ersten Jahren wird in besonderem Maße dadurch beeinflusst, wie Eltern sich im Umgang mit ihrem Kind verhalten. Entwicklung wird dabei verstanden als ganzheitlicher Prozess im Wechselspiel zwischen Kind, Eltern und Umwelt. Veränderungen in einem Entwicklungsbereich (z. B. im Bereich sozial-emotionaler Entwicklung) stehen dabei immer im Zusammenhang mit Veränderungen in den anderen Bereichen, also der kognitiven, emotionalen, motorischen oder neurobiologischen Entwicklung.

Im Kontext dieses Entwicklungsverständnisses gehören „Bindung und Autonomie“ zu den zentralen Entwicklungsaufgaben von Kindern und Eltern in den ersten drei Lebensjahren. Eine sichere Bindung kann vor allem dort entstehen, wo Kinder dauerhaft einfühlsames Verhalten und emotionale Zuverlässigkeit der Eltern oder der Beziehungspersonen und ein unterstützendes Erziehungsklima erfahren. Eine sichere Bindung gilt im Sinne der Lebensverlaufsperspektive als wichtige Voraussetzung für spätere flexible, kompetente Bewältigungsstrategien und positive Selbstentwicklung im sozialen Kontext. Eine sichere Bindung bildet zudem die Basis für die unbelastete Autonomiebestrebung des Kindes, die es ihm z. B. über Bewegung und Sprache ermöglicht, Ereignisse selber zu verursachen, zu steuern und sich dadurch seine Umwelt zu erschließen.

Der Gesundheitszustand der unter 3-Jährigen ist überwiegend als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Aufgrund der enormen Aufnahmefähigkeit (für positive und negative Erfahrungen) und des großen Entwicklungspotenzials von Kindern in den ersten Lebensjahren sind der Grad der positiven Anregungen durch die Eltern und die direkte Umwelt des Kindes sowie die Förderung der unterschiedlichen Entwicklungsbereiche von entscheidender Bedeutung für die Gesamtentwicklung. Die Familie als Stätte des Vertrauens (trusting) und des Gebens (giving) (Bourdieu 1998) erzeugt in der Regel einen Sozialraum, in dem gesundheitsförderliche Ressourcen und Interessen

realisiert werden können und von Anfang an gesellschaftliche Teilhabe gefördert wird. Eltern, insbesondere Mütter, behinderter Kinder werden aber oft erhebliche zusätzliche Bewältigungsaufgaben im emotionalen, pädagogischen und sozialen Bereich zugewiesen, die ihnen die Erfüllung dieser Aufgaben sehr erschweren können.

Es zeichnen sich bereits in diesem frühen Alter ausgeprägte Unterschiede ab, die Nachteile für Teilgruppen von Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status bzw. Migrationshintergrund erkennen lassen.

Diese Unterschiede betreffen insbesondere den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand sowie das Gesundheitsverhalten. Des Weiteren werden insbesondere werdende Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund seltener durch die Angebote der ärztlichen Versorgung (Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und U-Untersuchungen des Kinder- und Jugendarztes) erreicht als solche ohne Migrationshintergrund. Andererseits scheinen Kinder (unter 2 Jahre) mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund seltener akut oder chronisch zu erkranken als Kinder mit hohem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund. Dieser Befund mag aber auch mit unterschiedlicher Sensibilität dieser Gruppen für Krankheitssymptome oder auch höheren Zugangsschwellen zum Gesundheitssystem zusammenhängen.

Schätzungsweise wenden 10 bis 15 Prozent (Engfer 1997) aller Eltern schwerwiegende und relativ häufige Körperstrafen bei ihren Kindern an. Vernachlässigung und Misshandlung kommt besonders häufig in Familien mit sozialer Randständigkeit, bei psychischen Erkrankungen (z. B. Depression) sowie Substanzmissbrauch der Eltern vor. Besonders gravierend sind die Auswirkungen auf Säuglinge und Kleinkinder, bei denen Vernachlässigung und Misshandlung schneller zum Tode führen können als in jedem anderen Alter. Gewalt und Vernachlässigung beeinträchtigen zudem auf massive Weise kurz- und langfristig die gesamte Entwicklung eines Kindes. Misshandelte Kinder weisen meist Entwicklungs- und Verhaltensprobleme insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich auf und tragen ein hohes Risiko, als Kind oder Erwachsener psychisch zu erkranken, wobei die ursprüngliche traumatische Vorgeschichte dann oft nicht mehr als Ursache erkannt wird.

5.4 Fazit

Alle Kinder brauchen einen gleichermaßen guten Start ins Leben, der sozial bedingte Ungleichheiten von Krankheit, Behinderung und Sterblichkeitsraten vermindert.

Kinder brauchen eine sichere Bindung zu ihren Eltern oder anderen konstanten Bezugspersonen, um sich im körperlichen, psychosozialen und kognitiven Bereich gut zu entwickeln, Selbstständigkeit zu erlernen und genügend Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln zu können.

Damit Eltern durch einfühlsames Verhalten und emotionale Zuverlässigkeit die Entwicklung einer sicheren Bindung ermöglichen, ihre Kinder ausreichend versorgen

und in ihrem Entwicklungsverlauf positiv unterstützen können, brauchen Eltern genügend persönliche, sozial unterstützende sowie materielle Ressourcen. Diese können auch dazu betragen, Vernachlässigung und Misshandlung des Kindes sowie soziale Randständigkeit, verbunden mit Isolation und Perspektivlosigkeit, soweit wie möglich zu verhindern. In diesem Sinne brauchen Kinder Eltern, die eine stabile emotionale Beziehung zu ihrem Kind aufbauen, körperlich und seelisch gesund, sozial eingebunden und materiell hinreichend gesichert sind.

Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen und die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu unterstützen, brauchen Kinder und Eltern – und gerade auch Eltern behinderter Kinder – einen nicht-diskriminierenden lebensweltnahen Zugang zu förderlichen Angeboten von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Diese sollten die Perspektive von Eltern und Kindern einbeziehen sowie die Lebenslagen und Lebensstile der Familien (und die darin liegenden Ressourcen) berücksichtigen.

Wegen der hohen Vulnerabilität und der schnellen Entwicklung in der frühen Kindheit brauchen Kinder in besonderen Belastungssituationen frühe und präventive Hilfen, ggf. aber auch rasche Interventionen.

6 Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren

6.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bewegungen, Sprechen, Achtsamkeit

Im Fokus der gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für das Alter von drei bis sechs Jahren stehen Bewegung, Sprechen und Achtsamkeit im Sinne von sozialer Kompetenz und damit Entwicklungsschritte, die bereits in den ersten drei Lebensjahren begonnen haben, in diesem Altersabschnitt aber wesentlich erweitert und ausdifferenziert werden – mit bedeutsamen Folgen für die späteren Altersstufen.

Die Entwicklungsaufgaben in diesen drei Bereichen umfassen Schritte der Selbstbildung im Zusammenhang mit dem Lernen von und in komplexen Beziehungsgefügen (Schäfer 1995). Das Umfeld, in das die Entwicklungen der Kinder in diesem Alter eingebettet ist, ist nach wie vor das Elternhaus, es erfährt für die meisten Kinder zwischen drei und vier Jahren allerdings eine wesentliche Erweiterung durch den Eintritt in eine Kindertagesstätte.³⁹ Dieser stellt einen Einschnitt, aber auch einen wichtigen Entwicklungsschritt im Leben von Kindern dar, indem sie den Übergang vom Gewohnten zum Fremden, auf sich allein gestellt, bewältigen müssen und wollen.

Überwiegend haben Dreijährige bereits Entwicklungen durchlaufen und Erfahrungen gemacht, die sie befähigen, unterschiedliche Lebenswelten (Elternhaus, Großeltern,

³⁹ 90 Prozent der Dreijährigen im Osten und 74 Prozent im Westen besuchen eine Kindertagesstätte, ab dem vierten Lebensjahr steigt dieser Anteil im Osten wie im Westen auf 93 Prozent bzw. 91 Prozent (Deutsches Jugendinstitut 2007).

evtl. Kinderkrippe oder Tagespflege) in ihrer unterschiedlichen Qualität wahrzunehmen und diese in ihren Alltag zu integrieren. Im Übergang zur neuen Lebenswelt Kindertagesstätte spielt der Vorbildcharakter der Erwachsenen eine wichtige Rolle. Damit der Besuch einer Kindertagesstätte für Kinder gewinnbringend sein kann, bedürfen Kinder der Überzeugung ihrer Eltern, dass die Kindertagesstätte bzw. die Erzieherin ihnen die Sicherheit vermitteln kann, die für das Wohlbefinden und Lernen am fremden Ort notwendig ist (vgl. Kap. 5.1).

Für Kinder, die mit Behinderung aufwachsen, trennt sich die Erfahrungswelt von der ihrer nichtbehinderten Altersgenossen, wenn es nicht gelingt, sie in eine integrierte Form der Kindertagesbetreuung zu platzieren. Da sie in ihrer disponiblen Zeit oft erheblich durch Therapien, Frühförder- oder andere Angebote eingeschränkt sind und dafür oft weite Wege zurücklegen müssen, sind ihre Gelegenheiten zur integrativen Begegnung mit Gleichaltrigen zusätzlich eingeschränkt.

Im Kindergarten- und Vorschulalter geht es um die weitere Ausdifferenzierung der Bewegungs- und Sprachentwicklung und mit der Sozialentwicklung um die „soziale Achtsamkeit“. Diese Entwicklungen stellen herausragende Anforderungen an die Vorschulkinder und bilden den Kern dessen, was am Ende dieses Lebensabschnittes einerseits das subjektive Wohlbefinden und die gesellschaftliche Teilhabe mitbestimmt, andererseits in der gesellschaftlichen Forderung nach Schulfähigkeit mündet. Bewegungs-, Sprach- und Sozialentwicklung sind nicht einfach aufeinanderfolgende Entwicklungsschritte, vielmehr sind sie eng miteinander verknüpft, was die Dynamik dieser Entwicklungsphase, aber auch die damit gegebene Verletzlichkeit der Kinder bedingt.

Mit dem Begriff der Achtsamkeit wird auf die sozialen Kompetenzen eines Kindes verwiesen, also auf seine – jeweils altersentsprechenden – Fähigkeiten, andere Menschen zu verstehen, auf diese einzugehen sowie von ihnen aufgrund des eigenen Verhaltens akzeptiert und wertgeschätzt zu werden (Flammer/Alsaker 2002). Diese Kompetenzen entwickeln sich in sozialen Interaktionsprozessen zwischen dem Kind und „bedeutsamen Anderen“ (z. B. Erzieherinnen) mit ihren jeweiligen Erfahrungen, Wünschen und Interessen. In der Altersstufe der 3- bis unter 6-Jährigen ist die Entwicklung folgender Kompetenzen – auch als Grundlage für die Entwicklung sozialer Kompetenz in nachfolgenden Altersphasen – zentral: Wissen über die eigenen Bedürfnislagen (Ich-Empfinden), Einfühlungsvermögen in die Empfindungen, Bedürfnisse und Interessen Anderer (Empathie) sowie die Bereitschaft, sich auf Aushandlungen einzulassen. Soziale Achtsamkeit bedeutet auch, die Signale des eigenen Körpers (z. B. Hunger und Sättigungsgefühle, Bedürfnis nach Ausruhen) wahrzunehmen – als Voraussetzung dafür, auch entsprechende Signale des Gegenübers beachten zu lernen. Ein überwiegend sozial angemessenes, positives Verhalten führt dazu, dass Kinder und später auch Jugendliche von ihrer sozialen Umwelt als angenehm im Kontakt erlebt werden, und dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für stabile und befriedigende

Kontakte zu unterschiedlichen Bezugspersonen (Werner/Smith 2001).

Das Verhältnis zwischen Kind und Erwachsenen ist dabei von entscheidender Bedeutung. Während Erwachsene dem Kind die in seinem gesellschaftlichen Umfeld geltenden sozialen Umgangsformen, Regeln und Werte vermitteln und vom Kind eine altersgemäße Anpassung daran erwarten, gehört das „Nein“-Sagen-können und das Einbringen der eigenen Position von Klein auf zur aktiven Weltaneignung des Menschen; dies ist Voraussetzung für die wachsende Eigenständigkeit des Kindes (Dauber 2007). Die Selbstständigkeit des Kindes kann sich besonders gut entwickeln, wenn es sich der Verbundenheit, Vertrautheit und Verlässlichkeit seiner Bezugsperson(en) gewiss sein kann (ebd.; vgl. Kap. 5.1) und ihm „trotzdem“ das Recht auf Widerstand eingeräumt wird. Der Respekt des Erwachsenen gegenüber den Eigenheiten des Kindes führt so zur Entwicklung von Achtsamkeit gegenüber sich selbst und anderen. In diesem Prozess müssen regressive Rückzüge auf frühere Stufen erlaubt sein, die je nach Situation angemessen sein können und manchmal lebensnotwendig sind (Dauber 2007).

Zentral für das Erlernen von Achtsamkeit sich selbst wie anderen gegenüber ist, dass Kinder erfahren: „Ich werde gehört, meine Interessen werden wahrgenommen, ich kann mich auf die Hilfestellung meiner Bezugspersonen verlassen“ (Pikler 1994, S. 94f.). Kinder müssen Achtsamkeit und gelingende Aushandlungen durch das Vorbild des Erwachsenen im täglichen Umgang in sozialen Beziehungen erleben und sie in Freundschaftsbeziehungen in den Kindergruppen üben können.

Eine hohe soziale Kompetenz und spätere gute schulische Leistungen werden durch einen offenen und unterstützenden Erziehungsstil gefördert; d. h. wenn Erwachsene auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen sowie altersgerechte Anforderungen an das Kind stellen. Ein weiterer positiver und dauerhafter Effekt dieses Erziehungsstils ist, dass bei den Kindern auch im weiteren Entwicklungsverlauf seltener emotionale und Verhaltensprobleme auftreten. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen sowie unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit und dem Sozialstatus der Eltern (Bettge 2004).

Anerkennung ihrer Kompetenzen sind gerade für Kinder mit Behinderung in dieser Lebensphase von hoher Bedeutung. Nicht ihre „Defizite“ zu behandeln, sondern ihre Kompetenzen zu fördern, ist daher eine wichtige Aufgabe der Fachkräfte in den Betreuungseinrichtungen, aber ggf. auch für die Eltern und das medizinische Personal.

Wichtig für eine positive Entwicklung in dieser Altersstufe ist weiter, dass Kinder sich als Akteur des eigenen Handelns und damit auch in hohem Maße als selbstwirksam erleben können. Selbstwirksamkeit, d. h. die allgemeine Überzeugung von der eigenen Kompetenz, herausfordernde Situationen aktiv und positiv zu bewältigen (Bandura 1997), gilt als ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal und als ein wichtiger Schutzfaktor. Denn Selbstwirksamkeitserfahrungen erleichtern den Umgang

mit potenziell belastenden Ereignissen, steuern zukünftiges Problemlöseverhalten und haben darüber hinaus einen förderlichen Effekt auf die psychische Gesundheit. Zudem orientieren sich Kinder und später Jugendliche mit einer solchen Persönlichkeitstendenz an anspruchsvollen Zielen, die sie auch bei auftretenden Schwierigkeiten engagiert weiterverfolgen, da sie diese als Herausforderung für die eigene Person und nicht als Überforderung interpretieren (Schwarzer 1994).

Wenn so das Kind zum „Akteur seiner eigenen Entwicklung“ werden kann und gelingende Sozialisation die Anregung all seiner Kräfte bedeutet (Laewen/Andres 2002), dann können gleichzeitig ungünstige Bedingungen in seinem Umfeld (wie ungünstige Vorbilder, Fehlen von Kontakten zu anderen Kindern, mangelnder „Spiel“-Raum) diese Entwicklungen einschränken. Nach den Befunden der Traumaforschung ist hier die Entwicklung einer erhöhten Sensibilität für diese oft übersehenen Belastungen und Krisen für die Kinder im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit vonnöten.

Zusätzliche Einschränkungen erfahren Kinder mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder auch Verhaltensauffälligkeiten, wenn sie auf Normerwartungen der Erwachsenen treffen, die die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Kindes lediglich den durch die Behinderungen bedingten Defiziten unterordnen.

Umfassende Bewegungsmöglichkeiten sind Voraussetzung dafür, Sicherheit in allen Bewegungen zu erreichen, den eigenen Körper zu erfahren und durch zunehmendes Wissen über den eigenen Körper Selbstbehauptung und Individualität zu erlangen (Hassel 1996). Über selbstbestimmte Bewegung werden motorisches Lernen, emotionales Gleichgewicht und Selbstbewusstsein gefördert (ebd., S. 127). Freie Bewegung bedeutet, dass die Anlässe dazu vom Kind frei wählbar sind und damit mehrdimensionale Erfahrungen im körperlichen, kognitiven und sozialen Bereich ebenso ermöglichen wie das Kennenlernen eigener Bedürfnisse und die Entwicklung von Körperbewusstsein und -zufriedenheit, die wiederum wesentlich für die Selbstakzeptanz des Kindes sind. Somit sind Bewegung, Körpererfahrungen und Achtsamkeit eng miteinander verknüpft. Von außen gesetzte eingeschränkte Bewegungsanlässe (z. B. nur Sport, nur Tanz, nur Entspannung) ohne die Erfahrung und Befriedigung eigener Bewegungsbedürfnisse des Kindes schränken seine Entwicklungsmöglichkeiten hingegen ein (ebd., S. 136).

Die Qualität von Bewegungslernen hängt also von seiner Mehrdimensionalität ab. So zeigen die Erfahrungen mit Angeboten des täglichen Aufenthalts im Wald, dass sich die Kinder, angesprochen über alle Sinne, in allen Bereichen ihrer Entwicklung und ohne künstliche Arrangements gut entwickeln können (Gorges 2004).

Ein befriedigtes Bewegungsbedürfnis und ein ausgeglichenes Körperempfinden unterstützen darüber hinaus eine ausgeglichene Hungerwahrnehmung und beeinflussen das Essverhalten von Kindern. Hinweise darüber lassen sich vor allem in den Untersuchungen zu Essstörungen und Adipositas finden (Diedrichsen 1990, S. 84;

Bruch 1991, S. 118). Bewegung reguliert die Nahrungsaufnahme und den Kalorienverbrauch; beide beeinflussen die Energiebilanz des Kindes. Bewegung und Hungergefühl korrespondieren also miteinander und können zu einer Beeinträchtigung der Hungerwahrnehmung und zu Fehlinterpretationen von Körpersignalen beitragen. Möglicherweise beruht auch der alarmierende Anstieg von ADHS-Diagnosen in dieser Altersgruppe zum Teil auf solchen Fehlinterpretationen von Bedürfnissen nach freier Bewegung (Leuzinger-Bohleber 2006; Köttgen 2007).

Ein positives Körperempfinden und genügend freie Bewegungsmöglichkeiten haben zudem eine wichtige Bedeutung für Stressabbau. Gerade in der Phase der Vorschulzeit, in der die Kinder die Welt noch vor allem durch konkretes Handeln im Wortsinn „begreifen“ und erst auf dem Weg zum überlegenden Handeln sind, stellt der Stressabbau durch Bewegung zwar ein regressives Moment dar, kann aber dort, wo es noch an Worten, Orientierung und alternativen Handlungsmöglichkeiten fehlt, das einzige Mittel des Umgangs mit Problemen sein.

Sprachlernen ist eingebettet in die Kommunikation mit Anderen; Gestik und Verbalsprache bilden in dieser Altersgruppe noch eine Einheit (Jampert u. a. 2006). Sprechen bedeutet, Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen und sich aktiv seiner Umwelt zuzuwenden (Wendlandt 2006). Sprache ist auch Medium des Denkens, Denken als verinnerlichte Sprache stellt sich als Ergebnis des Sprachlernens dar (Hasselhorn/Grube 2008).

Die Aneignung der Sprache verläuft über das aufmerksame Zuhören, das Nachahmen, das Nachsprechen bis hin zum Begreifen eines Wortsinns. Voraussetzung zum Erlernen von Sprache ist das Erleben des Kindes, dass es die Bedeutung des gesprochenen Worts erfahren und durch sein sprechendes Gegenüber Botschaften und Signale erfassen kann, während der Erwachsene wiederum die Botschaften und Signale des Kindes wahrnimmt, sie ans Kind zurückmeldet und darauf achtet, dass das Kind nicht „ins Leere kommuniziert“ (Laewen/Andres 2002, S. 53). Der kindliche Spracherwerb stellt sich als ganzheitlicher Entwicklungsprozess dar, in dem Kinder auf sinnliche Anregungen, vertraute Personen und Situationen angewiesen sind, damit sie Zugang zum komplexen System der Sprache finden. Mit dem Sprachlernen eignet sich das Kind die Kultur seiner Eltern und seiner Umwelt an (Schäfer 1995).

Ein Umfeld, in dem Sprache der Vermittler zwischen den Interessen des Kindes und des Umfeldes werden kann, Dialoge zwischen Erwachsenen und Kind und unter Kindern entstehen, bildet Sprachanreize, während ein spracharmes Umfeld die Lernmöglichkeiten einschränkt.

Kinder unter drei Jahren orientieren sich parallel zum sprachlichen Input am sinnlich Wahrnehmbaren und verschaffen sich damit Interpretationshilfen. In der Übergangsphase zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr erschließen sich den Kindern die Bedeutungen der Sprache nicht nur über ihr unmittelbares Umfeld, sondern auch über Bilder, Bücher und Fotos oder Filme. Dies hat

für sie auch den Reiz, das Gesehene in ihr eigenes Handlungsrepertoire zu übernehmen und sich darin sprachlich zu erproben (Jampert u. a. 2006, S. 45). Von daher lässt sich Sprachlernen nicht eingrenzen auf verbale Sprache. Vielmehr sind Bewegung, Handlung und nonverbale Ausdrucksformen die Begleiter beim Erlernen von Sprache und eingebettet in Kommunikation. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Sprachlernen in seiner Grundform etwa zwischen dem fünften und sechsten Lebensjahr abgeschlossen ist (Wendlandt 2006). Differenzieren kann sich Sprache dort, wo sich Dialoge entwickeln, an denen Kinder gleichberechtigt und aktiv beteiligt sind und ein Austausch über alle Dinge der Welt zustande kommen kann (Malaguzzi 1996).

Der sprachliche Kompetenzzuwachs im Vorschulalter kann zum einen als Ressource für das Begreifen und den Umgang mit sich selbst und der Umwelt beschrieben werden. So wird im Handeln die Vorstellung vom eigenen Körper, seinen Grenzen und seiner Zunahme an Kraft und Fähigkeit ermöglicht und sprachlich begleitet. Es werden Vorstellungsbilder beschrieben, Begriffe unterschieden, Sprachrhythmus und Bewegungsrhythmus aufeinander abgestimmt, Rhythmus (z. B. im Nachsprechen von Reimen), Nacherzählen von Geschichten und Singspielen erfahren.

Zum anderen ist auch die Entwicklung von Achtsamkeit und sozialer Kompetenz eng mit der wachsenden Sprachkompetenz verknüpft: So gelingt es, im Regelspiel dessen Sinn zu erfahren und zu verstehen, selbst Regeln zu entwickeln und sich mit anderen über Regeln abzustimmen, Rollen im Spiel zu übernehmen, sich über gemeinsame Ziele verständigen, Pläne und Interessen zu verbalisieren und die Perspektive des Anderen in der Aushandlung sprachlich zu berücksichtigen (Zimmer 2005). Sprachkompetenzen stellen das Produkt eines kontinuierlichen Austausches zwischen biologischen und psychologischen Merkmalen des Kindes und seiner Interaktionen mit der sozialen/kulturellen Umwelt dar (Höfer 2007).

Kinder mit Migrationshintergrund, die z. B. in der Kindertagesstätte zum ersten Mal mit der deutschen Sprache und der deutschen Kultur konfrontiert werden, beginnen dort in ihrem Sprachlernen nicht bei einem Nullpunkt, sondern haben meist bereits wesentliche Schritte des Sprachlernens in ihrer Muttersprache und ihrer Kultur gemeistert und sind in ihrer kognitiven Entwicklung oft weiter, als ihr sprachlicher Ausdruck im Deutschen vermuten lässt. Sie benötigen Übergangsphasen, in denen ihnen adäquate Handlungsmöglichkeiten unabhängig von ihren Deutschkenntnissen zur Verfügung gestellt werden müssen. Gleichzeitig brauchen sie genügend Zeit und Anregungen, um in einem „Sprachbad“ (im Gegensatz zum Lernen von Worten und Grammatik) die deutsche Sprache zu erlernen (Jampert 2002).

Kinder mit einer organischen (z. B. Einschränkung der Beweglichkeit) oder psychischen Schädigung (z. B. bedingt etwa durch hirnorganische Schädigungen oder durch extreme psychische Belastungen im Elternhaus) brauchen meist länger andauernde und zusätzliche Hilfen, um Schritte zum Spracherfassen und Sprachlernen machen zu können. *Malaguzzi* (1996) mahnt in diesem Zu-

sammenhang an, dass Kinder „100 Sprachen“ besitzen, dass die Erwachsenen meist aber nur eine Sprache gelten lassen. Die nonverbale Ausdruckssprache stellt die Brücke zum Spracherfassen und Sprachlernen dar, die auf die bereits vorhandenen Fähigkeiten des Kindes abgestimmt und durch Angebote ergänzt werden muss.

Um Achtsamkeit, Bewegung und Sprache beim Kind ausdifferenzieren, bedarf es einer Umgebung, die Anreize bietet, Experimentieren mit der nahen Umgebung ermöglicht und Ausprobieren zulässt (Zimmer 2005). In diesem Prozess sind die Kinder auf das (gute) Vorbild der Erwachsenen (Eltern/Erzieherinnen) ebenso angewiesen wie auf die Gleichaltrigengruppe in Kindertagesstätten und Tagespflege.

Eine solche Umgebung ist nicht für jedes Kind gegeben: Prekäre soziale Verhältnisse (z. B. verbunden mit zu kleinen oder hellhörigen Wohnungen) schränken die Bewegungsmöglichkeiten der Kinder stark ein. „Sprachlosigkeit“ der Eltern und häufiger Fernsehkonsum sind eine weitere häufige Begleiterscheinung von Armut und bergen die Gefahr von Beeinträchtigungen in der Entwicklung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder. Zudem sind nicht allein in Gebieten mit hoher sozialer Belastung kindgerechte Spielflächen in den Städten und auf dem Land zur Mangelware geworden. Dadurch werden gefährdungsarme und nicht von z. T. übervorsichtigen Erwachsenen beaufsichtigte Peerkontakte, Spiele und das Explorationsverhalten erheblich eingeschränkt, durch die Kinder gemeinsam ihren Bewegungs- und Sprachbedürfnissen nachgehen können. Zu beobachten ist eine „Verinselung“ von Kindheit (Hengst/Zeihner 2005), in der besorgte Eltern ihre Kinder von einer Aktivitäts-„Insel“ (mit von Erwachsenen bestimmten Sport-, Musik-, Kreativangeboten) zur nächsten fahren, und dies selbst dann, wenn ihre Kinder stundenweise die Kindertagesstätte besuchen. Dadurch reduzieren sich die Möglichkeiten zur Eigenaktivität, und die eigenständige Entwicklung kann behindert werden. Zudem kann es auch dazu kommen, dass Kinder mit großem Bewegungsdrang und Mitteilungsbedürfnis von Erwachsenen als störend empfunden und vielleicht sogar fälschlicherweise als „hyperaktiv“ etikettiert werden (Leuzinger-Bohleber u. a. 2006; Pikler 1994).

6.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Im Folgenden wird auf den Gesundheitszustand von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren eingegangen, wie er sich auf der Basis des KiGGS und anderer empirischer Untersuchungen darstellt. Die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen werden dabei entsprechend der Datenglage aufgegriffen. Die Ausführungen zu Entwicklungsauffälligkeiten und manifesten Störungen sind vor dem Hintergrund zu lesen, dass Entwicklung in dieser Altersstufe sehr variabel ist, so dass die Grenzen zwischen einer normalen, einer auffälligen oder einer gestörten Entwicklung fließend sein können. Das bedeutet, dass Auffälligkeiten vorübergehender Natur sein können (aber nicht müssen), so dass (professionelle) Diagnosen von „Störungen“ verfrüht sein und möglicherweise zu Etikettierung und Stigmatisierung des Kindes führen können.

6.2.1 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Entwicklungsauffälligkeiten oder -verzögerungen sind oft eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft und betreffen daher meist nicht nur einen, sondern mehrere, sich aufeinander beziehende Bereiche der Entwicklung (Fegert/Buchmann 2004), sodass unterschiedliche motorische, kognitive, sprachliche oder soziale Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Manifeste Störungen der Entwicklung bleiben zudem im Gegensatz zu bloßen Auffälligkeiten der Entwicklung über die Altersphase hinaus bestehen und zeigen sich oftmals noch im Jugend- und Erwachsenenalter (Laucht u. a. 2000; Mesman u. a. 2001; Rowe u. a. 2002). Bei unzureichender Förderung oder aufgrund der Schwere der Störung kann das betroffene Kind im weiteren Verlauf sogar „von Behinderung bedroht“ sein. Hiermit sind nicht selten erhebliche soziale Benachteiligungen verbunden, die z. B. durch den Besuch eines Sonderkindergartens und später einer Förderschule (meist ohne Rückführung in eine Regeleinrichtung) entstehen können. Damit ist nur eine Form der langfristigen Aussonderung und Exklusion im weiteren Lebenslauf des Kindes benannt, die die Teilhabe am („normalen“) gesellschaftlichen Leben sehr einschränkt.

6.2.1.1 Bewegung und Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung

Ein zielgerichtetes, situationsgerechtes Bewegungsverhalten, verbunden mit einer wachsenden Leistungsbereitschaft, stellt eine gute Grundlage für die Entwicklung motorischer Fähigkeiten dar (Oppen/Wagner 2008). Bewegung und motorische Leistungsfähigkeit sind darüber hinaus wichtige Bausteine einer gesunden Entwicklung. Bewegungsmangel hingegen erhöht die Prävalenz von motorischen Defiziten, Übergewicht, Haltungsschäden, psychosozialen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (ebd.). Ein körperlich-sportlicher Lebensstil wird daher als eine zentrale Gesundheitsressource von Kindern und Jugendlichen angesehen.

Motorische Fähigkeiten lassen sich durch die Komponenten Koordination, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer beschreiben (Starker u. a. 2007, S. 775). Kinder mit motorischer Entwicklungsverzögerung fallen in ihrem Alltag durch verlangsamte Bewegungsabläufe, eine verzögerte grob- und feinmotorische Entwicklung, Mühe bei der Ausführung von Bewegungen mit hohen Anforderungen an das Gleichgewicht sowie mangelnde Kraftdosierung auf (Esser 2002). Bislang liegen keine bundesweit repräsentativen Ergebnisse dazu vor, wie groß der Anteil der Kinder mit motorischen Auffälligkeiten/Störungen in dieser Altersgruppe ist. Die *Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin* (2007) beziffert die Häufigkeit von diagnostizierten Entwicklungsstörungen der Motorik (bei 3- bis 6-Jährigen) mit 4 bis 6 Prozent; Jungen sind im Vergleich zu Mädchen deutlich überrepräsentiert.

Die Ursachen motorischer Entwicklungsverzögerungen sind wissenschaftlich noch nicht eindeutig belegt. Der derzeitige Forschungsstand stützt die Annahme, dass motorische Entwicklungsstörungen auf verschiedenen Ursachen, die die Verarbeitung sensorischer Informationen betreffen, beruhen können (Krombholz 2005). Kinder, die aufgrund von fehlenden Spiel- und Bewegungsräumen in ihrem häuslichen Umfeld bzw. in Kindertageseinrichtungen und in der Tagespflege oder wegen elterlicher Überbehütung eingeschränkt sind, können zudem die notwendigen (motorischen) Lernerfahrungen nicht machen und erzielen hierdurch nur bedingt altersgemäße motorische Leistungen. Ergebnisse der MoMo-Studie (Bös u. a. 2008) weisen zudem auf den engen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und motorischer Leistungsfähigkeit hin: Aktive Kinder erzielen bessere Werte bei Motoriktests als inaktive Gleichaltrige. Hierbei spielen insbesondere die Regelmäßigkeit, der Umfang sowie die Anstrengungsbereitschaft der Kinder eine tragende Rolle.

Der Forschungsstand zur motorischen Leistungsfähigkeit weist auf einen Leistungsverlust gegenüber früheren Generationen hin (Bös 2003/2008). Kinder im städtischen Bereich sind aufgrund eingeschränkter Bewegungsmöglichkeiten sichtbar häufiger betroffen als Kinder aus ländlichen Gebieten (Oppen u. a. 2007).

Die angeleitete Bewegungszeit im Kindergarten fiel unter den teilnehmenden Kindern der MoMo-Studie bei den 4 bis 5-Jährigen – im Vergleich zu Schulkindern – am geringsten aus (1,5 Stunden/Woche).

Die Ergebnisse des KiGGS verweisen auf eine geringere motorische Leistungsfähigkeit bei Kindern mit Migrationshintergrund sowie Kindern mit niedrigem sozioökonomischen Status im Gegensatz zu Kindern aus sozial besser gestellten Familien und Kindern ohne Migrationshintergrund (Starker u. a. 2007, S. 775ff.).

Ebenso zeigte sich bei Auswertungen mit größerer Altersspanne (vgl. Tab. 6.1), dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus, aus Ostdeutschland sowie ein Teil der Mädchen mit Migrationshintergrund besonders selten inner- oder außerhalb des Vereinssports körperlich-sportlich aktiv sind (Lampert u. a. 2007). Dem Vereinssport wird durch seine angeleitete, regelmäßige und intensive Aktivität eine besondere Bedeutung bei der motorischen Leistungsfähigkeit zugesprochen (Bös et al 2008). Jedoch verdeutlichen die Ergebnisse der MoMo-Studie, dass sozial benachteiligte Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund einen schlechteren Zugang zu Vereinsaktivitäten haben als Kinder mit hohem Sozialstatus oder ohne Migrationshintergrund. Dieser Befund verweist darauf, dass bestimmte (Teil-) Gruppen von Heranwachsenden nur wenig oder gar nicht an der positiven Wirkung körperlich-sportlicher Aktivitäten partizipieren können. Immerhin die Hälfte der Mädchen mit Migrationshintergrund hat aber die Möglichkeit, diese für ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden wichtige Ressource der körperlich-sportlichen Aktivität für sich zu nutzen.

Tabelle 6.1

Körperlich-sportliche Aktivität bei 3- bis 10-Jährigen

	Befunde
Einmal in der Woche bis zu täglich aktiv (3–6 Jahre)	68,2 % der Jungen; 70,7 % der Mädchen
Selten/nie aktiv (3–6 Jahre)	31,7 % der Jungen; 29,2 % der Mädchen
Inaktivität und Sozialstatus (3–10 Jahre)	niedriger ST 36,2 % der Jungen 40,4 % der Mädchen hoher ST 14,9 % der Jungen 12,1 % der Mädchen

Quelle: Lampert u. a. 2007; ST: Sozialstatus

Körperliche Ungeschicklichkeit und geringe Aktivität und Leistungen im Bewegungsbereich können dazu führen, dass Kinder Opfer sozialer Ablehnung und Ausgrenzung durch Gleichaltrige werden. Durch Misserfolge entmutigt, bewegen sie sich in der Folge oft noch weniger – mit entsprechenden Konsequenzen für motorisches Lernen und die Gesamtentwicklung. Daneben wird ein negativer Zusammenhang zwischen Übergewicht und Adipositas und der motorischen Leistungsfähigkeit, insbesondere der konditionellen Leistungsfähigkeit beschrieben (Oppen/Wagner 2008).

6.2.1.2 Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und Sprachkompetenz

Auffälligkeiten der Sprachentwicklung im Kindergartenalter betreffen die Sprachproduktion (z. B. verringerte Zunahme des aktiven Wortschatzes, grammatikalische Fehler), das Sprachverständnis (z. B. Verwechslung inhaltsähnlicher Begriffe) sowie die Artikulation (Amorosa 2008; Fegert/Buchmann 2004). Die Häufigkeit von diagnostizierten Sprachentwicklungsstörungen wird mit 4 bis 8 Prozent angegeben und kommt bei Jungen häufiger vor als bei Mädchen (Weindrich u. a. 2000).

Bei angeborenen Fehlbildungen oder Beeinträchtigungen (z. B. kognitiven und/oder organischen Störungen wie geistige Behinderung, Hörstörung, neurologische Störungen oder Fehlbildung der Sprechwerkzeuge) können die Ursachen der Sprachbeeinträchtigung meist deutlich einer bestimmten Ursache oder einem Ursachenkomplex zugewiesen werden. Wenn dagegen keine konkreten Beeinträchtigungen vorliegen, müssen bei Auffälligkeiten der Sprachentwicklung mehrere Ursachen in Betracht gezogen werden. Hierzu zählen psychische Ursachen (z. B. Missbrauchserfahrungen, Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind oder dauerhafte Streitigkeiten in der Familie) und/oder soziokulturelle Ursachen (z. B. unkontrollierter, übermäßiger Medienkonsum, Spracharmut, belastende Lebensverhältnisse der Familie mit einer wenig ansprechenden Umwelt, ungünstige Umstände bei mehr-

sprachiger Erziehung und/oder genetische Dispositionen; Koletzko 2007; von Suchodoletz 2003; Wendlandt 2006).

Exkurs 6.1 Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund

Kinder mit Migrationshintergrund sind bislang ebenfalls erheblich benachteiligt, wenn sie bis zum Schulbeginn nicht in ausreichendem Maße über Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Die Ergebnisse der PISA-Studie (Esser 2006; Stanat u. a. 2000) belegen, dass mangelnde Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund die entscheidende Hürde in der Bildungskarriere darstellt oder umgekehrt die Beherrschung der Landessprache die zentrale Ressource von Kindern mit Migrationshintergrund für Bildung und Integration ist. Kinder mit Migrationshintergrund werden häufiger bei der Einschulung zurückgestellt, bleiben häufiger sitzen und werden häufiger auf Förderschulen überwiesen (Apeltauer 2004).

Die Sprachkompetenz von Kindern mit Migrationshintergrund kann jedoch mit einem längeren Kindergartenbesuch bis zum Zeitpunkt des Schulbeginns signifikant verbessert werden (Kratzmann/Schneider 2008). Kinder mit Migrationshintergrund besuchen allerdings den Kindergarten etwas seltener als Kinder ohne Migrationshintergrund, jedoch ist der Migrationshintergrund nicht der ursächliche Faktor hierfür (Bien u. a. 2007). Nur wenn die Eltern zusätzlich einen niedrigen Bildungsabschluss haben und mehrere Geschwister im Haushalt leben, besuchen Kinder mit Migrationshintergrund seltener oder gar nicht die Kindertagesstätte, sondern werden ausschließlich in der Familie betreut (ebd.).

Die in einigen Bundesländern bereits eingeführten Sprachstandserhebungen in Kindertagesstätten mit ihren unterschiedlichen Konzeptionen bezüglich ihrer Aussagekraft differenziert betrachtet werden. Konkrete Empfehlungen gibt es derzeit (noch) nicht, jedoch deuten die gesammelten Erfahrungen darauf hin, dass längerfristige Beobachtungsverfahren durch (geschulte) Erzieherinnen den Sprachstand des Kindes besser abbilden können als einmalige Sprachtests (Jampert u. a. 2007, S. 313). Die Ermittlung der Sprachkompetenz erscheint zudem nur dann sinnvoll, wenn ihr (bei mangelnder Sprachkompetenz) ein Sprachförderprogramm folgt (Jampert 2008). Auch hier gibt es von Bundesland zu Bundesland sehr heterogene Ansätze, die bislang nur ansatzweise evaluiert wurden. Neuere Konzepte der Sprachförderung verfolgen das Ziel nicht nur Aussprache, Grammatik und Wortschatz zu trainieren, sondern Sprache als Mittel der Kommunikation in den Alltag zu integrieren und zu fördern (Jampert u. a. 2007).

Sprachentwicklungsauffälligkeiten und -störungen bleiben je nach Art und Schweregrad im weiteren Lebensverlauf nicht folgenlos für die betroffenen Kinder. Warnke (2005) gibt an, dass etwa 60 Prozent aller Kinder mit Störungen des Sprachverständnisses auch Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (vgl. Kap. 7.2.9) entwickeln und

90 Prozent Schulleistungsprobleme haben. Ein Teil der Kinder mit einem Rückstand im Sprachverständnis besucht trotz normaler Intelligenz eine Förderschule (ebd.). Kinder mit einer verzögerten Entwicklung der Sprache, die weder frühzeitige Förderung erfahren noch Teilhabechancen erhalten, können somit in ihrer weiteren Entwicklung erheblich benachteiligt sein.

6.2.1.3 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten

Im KiGGS wurden psychische und Verhaltensauffälligkeiten (emotionale Probleme wie Angst/Depression, aggressiv-dissoziale Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen) anhand eines standardisierten Elternfragebogens erfasst, nicht jedoch anhand von Diagnosen durch Fachleute.⁴⁰ Es stellt sich hier wie generell die Frage nach unterschiedlichen inneren Bewertungsmaßstäben von Eltern unterschiedlicher Herkunft und Statuszugehörigkeit, die zu den Differenzen in den Ergebnissen beigetragen haben könnten. Daher müssen die nachfolgend dargestellten Zahlen vorsichtig und nicht als konkrete Prävalenzschätzungen, sondern eher im Sinne von Tendenzen und einer Risikogruppenidentifizierung interpretiert werden (Hölling u. a. 2007).

Fast 90 Prozent aller Kinder in der Altersgruppe von drei bis sechs Jahren zeigen nach Angaben der Eltern keine Symptome von Verhaltensauffälligkeiten (ebd.). Symptome grenzwertigen bis auffälligen Verhaltens zeigen nur verhältnismäßig wenige Kinder, und zwar mehr Jungen als Mädchen (vgl. Tab. 6.2). Bei Kindern mit Migrationshintergrund konnten Verhaltensauffälligkeiten im grenzwertigen bis auffälligen Bereich sogar doppelt so häufig festgestellt werden als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Am deutlichsten treten die Unterschiede jedoch bei der Gruppe der sozial benachteiligten Kinder zu Tage, für die ihre Eltern bereits bei den 3- bis 6-Jährigen fast viermal so häufig Verhaltensauffälligkeiten im „grenzwertigen bis auffälligen“ Bereich angaben wie Eltern mit hohem sozialen Status (vgl. Tab. 6.2).

Die nachfolgende Tabelle 6.3 gibt eine differenzierte Darstellung der einzelnen Problembereiche, die als gewichtete Subskalen in die in Tabelle 6.2 dargestellten Gesamtwerte der psychischen Auffälligkeiten einfließen. Auch hier geht es nicht um konkrete Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten, sondern um Hinweise auf Risikogruppen in den einzelnen Bereichen der psychischen Gesundheit.

⁴⁰ Im KiGGS wurden Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und Stärken mit dem „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) erfasst. Der SDQ ist ein Fragebogen, der dem Screening von Verhaltensauffälligkeiten (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) sowie von sozial angepasstem (prosozialem) Verhalten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren dient. Die Werte aus den einzelnen Bereichen der Verhaltensauffälligkeiten sind im KiGGS zu einem Gesamtproblemwert berechnet worden. Neben den Eltern für die Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen sind auch die Heranwachsenden selbst (Altersgruppe 11 bis 17 Jahre) befragt worden.

Tabelle 6.2

Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)⁴¹

	Befunde
Gesamt	psychisch unauffällig: 86,7 % grenzwertig auffällig: 8,0 % auffällig: 5,3 %
Geschlecht	Jungen: 15,8 % Mädchen: 10,6 %
Migrationshintergrund	mit MH: 22,7 % ohne MH: 11,5 %
Sozialstatus	niedriger ST: 24,1 % mittlerer ST: 10,8 % hoher ST: 6,7 %

Quelle: Hölling u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Tabelle 6.3

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)

	Befunde
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	insgesamt: 13,0 % Jungen: 13,0 % Mädchen: 12,9 % niedriger ST: 18,0 % mittlerer ST: 11,9 % hoher ST: 9,7 % Kinder mit MH: 16,1 % Kinder ohne MH: 12,4 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	insgesamt: 35,0 % Jungen: 39,2 % Mädchen: 30,6 % niedriger ST: 43,8 % mittlerer ST: 33,8 % hoher ST: 28,5 % Kinder mit MH: 39,7 % Kinder ohne MH: 34,0 %
Hyperaktivitätsprobleme	insgesamt: 14,6 % Jungen: 17,1 % Mädchen: 12,1 % niedriger ST: 24,6 % hoher ST: 6,5 % Kinder mit MH: 20 % Kinder ohne MH: 13,6 %

⁴¹ Die Daten für auffälliges und grenzwertiges Verhalten wurden ab der 4. Zeile der Tabelle zusammengezogen.

noch Tabelle 6.3

	Befunde
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	insgesamt: 20,5 % Jungen: 23,4 % Mädchen: 17,4 % niedriger ST: 31,8 % hoher ST: 14,6 % Kinder mit MH: 37,7 % Kinder ohne MH: 17 %
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten ⁴²	insgesamt: 10,7 % Jungen: 14,3 % Mädchen: 6,8 % niedriger ST: 12,2 % mittlerer ST: 9,7 % hoher ST: 9,9 % Kinder mit MH: 14,5 % Kinder ohne MH: 9,9 %

Quelle: Hölling u. a. (2007); MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Entwicklungs- und Verhaltensstörungen können früher oder später zu einer Minderung des Selbstwertgefühls, der sozialen Anerkennung und der Integration führen, psychische Verarbeitungsprozesse beeinträchtigen oder als schulische Lern- und Leistungsstörungen (vgl. Kap. 7.2.9) krankheitsrelevant werden. Sie gehen zudem mit einer erhöhten Rate psychischer Auffälligkeiten wie Angststörungen (vgl. Kap. 7.2.8), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (vgl. Kap. 7.2.7), Störungen des Sozialverhaltens und Adipositas (vgl. Kap. 8.2.7) einher.

Der Erwerb sozialer Kompetenzen und Achtsamkeit sich selbst bzw. anderen gegenüber wird durch Entwicklungs- und Verhaltensstörungen deutlich erschwert. Es gibt auch erste Hinweise darauf, dass Kinder mit multipler Risikobelastung (Verhaltensauffälligkeiten, psychosoziale Risiken) im Kindergarten- und Vorschulalter über ein geringeres Ausmaß an sozialen Kompetenzen verfügen als Gleichaltrige ohne diese Risikobelastung (Gadow 2007).

6.2.2 Ernährung und Essverhalten

Problematisches Essverhalten zeigt sich u. a. in einer unausgewogenen Zusammensetzung der Nahrung sowie unkontrolliertem Essen, das oft nicht nur der Befriedigung des physiologischen, sondern auch des emotionalen Hungers dient (Lehner u. a. 1991). Folgen einer Fehlernährung (z. B. Adipositas u. a. Erkrankungen) zeigen sich meist nicht unmittelbar, sondern im Lebensverlauf und sind nicht konkret auf eine bestimmte Altersphase zurückführbar. Angesichts der großen Bedeutung, die Essen

und Ernährung für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern einnehmen sowie im Hinblick auf die weite Verbreitung gestörten Essverhaltens unter Kindern erscheint es notwendig, bereits im frühen Alter die Grundlagen für ein gesundes und genussreiches Essverhalten zu vermitteln. Da Kinder „nicht mit dem Verstand essen“, wird eine gesunde Ernährung besonders dann gut angenommen, wenn sie für Kinder attraktiv erscheint (z. B. Aussehen des Essens, Freude an gemeinsamen Mahlzeiten) und mit Genuss verbunden ist. Elternhaus und Kindertagesstätten spielen hierbei eine bedeutende Rolle. Die Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie (KESS) weist darauf hin, dass die ernährungsphysiologische Qualität der angebotenen Mittagsmahlzeiten⁴³ in Kindergärten insgesamt befriedigend ist (Kersting/Clausen 2002). Doch können sich Empfänger von Arbeitslosengeld II die Teilnahme ihrer Kinder an diesen Mahlzeiten oft gar nicht leisten, da das in Kindergärten oder Schulen erhobene Essensgeld meist den Tagessatz übersteigt, der ihnen für die Ernährung ihres Kindes zur Verfügung steht (Kersting/Clausen 2007).

Der Vergleich einzelner Bevölkerungsgruppen im KiGGS zeigt, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Jungen sowie generell Heranwachsende mit steigendem Alter sich ungünstiger ernähren als jüngere Kinder, Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus sowie Mädchen (Mensink u. a. 2007, RKI 2008a).

6.2.3 Somatische Gesundheit und ärztliche Versorgung

Akute Erkrankungen stehen nach wie vor im Vordergrund des Krankheitsspektrums, jedoch gewinnen chronische Krankheiten wie atopische⁴⁴ (allergische) Erkrankungen deutlich an Gewicht. Insgesamt leiden bereits 18 Prozent der 3- bis 6-Jährigen unter atopischen Erkrankungen. Kinder mit hohem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund erhielten häufiger eine Diagnose als Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder mit Migrationshintergrund (Schlaud u. a. 2007).

Der Anteil der Kinder, die an den Vorsorgeuntersuchungen (U8/U9) teilnehmen, nimmt im Vorschulalter weiter kontinuierlich ab (vgl. Tab. 6.4). Kinder, die im Ostdeutschland leben, Kinder aus sozial benachteiligten Familien sowie Kinder mit Migrationshintergrund nehmen die Vorsorgeuntersuchungen auch in dieser Altersgruppe seltener wahr als Kinder ohne die genannten Merkmale (Kamtsiuris u. a. 2007). Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten treten besonders dort zutage, wo beide Elternteile einen Migrationshintergrund besitzen. Bei Impfungen bestehen Defizite vor allem bei der Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung (vgl. Tab. 6.4).

⁴² Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

⁴³ Die Mittagsmahlzeit in Form einer ausgewogenen warmen Mahlzeit hat im Vergleich zu anderen Mahlzeiten eine hohe ernährungsphysiologische Bedeutung. Das Nährstoffprofil der Mittagsmahlzeit kann, bei den üblichen deutschen Essgewohnheiten, nicht durch andere Mahlzeiten gleichwertig ersetzt werden.

⁴⁴ Atopische Erkrankungen sind Neurodermitis, Heuschnupfen oder Asthma.

Tabelle 6.4

**Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen,
Besuchen bei niedergelassenen Ärzten sowie
von Impfungen bei Kindern im Alter
von drei bis sechs Jahren**

	Befunde
Inanspruchnahme der U8 (43. bis 48. Lebensmonat)	insgesamt: 89,0 % 68,0 % Kinder mit MH 92,0 % Kinder ohne MH 81,5 % niedriger ST 92,5 % hoher ST 84,0 % im Osten 89,8 % im Westen
Inanspruchnahme der U9 (6. Lebensjahr)	insgesamt: 86,4 % 67,9 % Kinder mit MH 89,1 % Kinder ohne MH 79,1 % niedriger ST 89,6 % hoher ST 81,8 % im Osten 87,1 % im Westen
Besuch des Kinder- und Jugendarztes/Hausarztes in den letzten 12 Monaten	Kinder- und Jugendarzt: 86,3 % Allgemeinmediziner: 21,6 %
Impfungen (Zweitimpfung für Masern, Mumps, Röteln)	Masern: 69,0 %, Mumps: 68,8 % Röteln: 67,7 %

Quelle: Kamtsiuris u. a. 2007; Poethko-Müller u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

6.2.4 Umweltbelastungen

Kinder wachsen heute in einer Umwelt auf, die vielfach durch Schadstoffe in der Innen- und Außenluft, im Wasser oder in der Nahrung sowie durch Lärm belastet ist. Einige Schadstoffe sammeln sich im Körper an und bauen sich nur sehr langsam oder gar nicht ab. Es lassen sich jedoch längst nicht alle Schadstoffe im Blut und/oder Urin nachweisen, weswegen davon ausgegangen werden muss, dass die reale Schadstoffbelastung von Kindern über den derzeit zur Verfügung stehenden Befunden liegt (Umweltbundesamt 2007). Hinzu kommt, dass Kinder durch ihr geringes Körpergewicht relativ stärker durch Schadstoffe belastet sind als Erwachsene. Umweltbelastungen – so die Ergebnisse des Kinder-Umweltsurveys (ebd.) – scheinen jedoch nicht nur ein Problem sozial benachteiligter Kinder, sondern aller Kinder zu sein. Die nachfolgenden zentralen Ergebnisse aus dem *Kinder-Umwelt-Survey* (2003–2006) beschränken sich nicht auf die hier behandelte Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen, sondern gelten für Heranwachsende jeden Alters.

Nach wie vor geht eine starke gesundheitliche Belastung vom Passivrauchen in der elterlichen Wohnung aus, dem etwa die Hälfte aller Kinder ausgesetzt ist. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Wohnung beträgt da-

bei etwa 15 Stunden täglich. Eine hohe Belastung durch Benzol wirkt krebserregend, zudem führt Passivrauchen zu einer erhöhten Zahl an Mittelohrentzündungen und weiteren Infektionen. Kinder mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund sind deutlich stärker belastet als Kinder mit hohem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund (Becker u. a. 2007).

Kinder mit niedrigem Sozialstatus sind zudem stärker durch Blei belastet, während Kinder mit hohem Sozialstatus stärker durch Organochlorverbindungen, Pflanzenschutzmittel (DDT) und Terpene (Stoffe, die z. B. aus Holz ausgasen) belastet sind (Umweltbundesamt 2007). Terpene wirken reizend auf Augen- und Schleimhäute und können Atemwegsbeschwerden auslösen. Haben die Kinder zusätzlich einen Migrationshintergrund, sind sie mehr als doppelt so stark wie der Durchschnitt der Kinder durch DDT belastet. Konkrete Ursachen für die erhöhten Werte liegen nicht vor, jedoch haben der Stillstatus und die Nahrung einen deutlichen Einfluss auf die Gehalte an Organochlorverbindungen im Blut. Gestillte Kinder weisen nachhaltig höhere Werte auf als Kinder, die nicht gestillt wurden. Daneben werden Organochlorverbindungen insbesondere durch den Verzehr fettreicher tierischer Lebensmittel aufgenommen. Bei Kindern, die mehr als ein halbes Glas Fruchtsaft pro Tag trinken, lässt sich ein deutlicher Anstieg der Stoffwechselprodukte aus Organosphosphaten/Pflanzenschutzmitteln nachweisen, die als Nervengifte wirken. Zudem sind 6 Prozent der Kinder auf Innenraumschimmelpilze sensibilisiert und ca. 6 Prozent fühlen sich nach Angaben ihrer Eltern durch Straßen- und Fluglärm gestört (Umweltbundesamt 2007).

6.3 Zusammenfassung

Achtsamkeit, Bewegen und Sprechen lenken den Blick auf die sensiblen Phasen, die ein Kind etwa zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr durchläuft. Diese Phasen bedürfen der Unterstützung durch ein Umfeld, das Entdeckungsfreude und die Rückversicherung durch Eltern und andere bedeutsame Erwachsene sowie die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen ermöglicht und fördert, eingebettet in einen anhaltenden Dialog mit anderen Kindern und Erwachsenen über die sozialen und dinglichen Erfahrungen in ihrer Lebenswelt.

Die Befunde weisen darauf hin, dass diese günstigen Bedingungen für die große Mehrheit der Kinder gegeben sind. Einschränkungen entstehen jedoch dort, wo Eltern, zumeist aufgrund prekärer Lebenslagen, die Entwicklungsbedürfnisse ihrer Kinder nur begrenzt befriedigen können. Gleichzeitig müssen Eltern häufig auch durch ungünstige Wohn- und Umfeldverhältnisse bedingte Einschränkungen des gefahrlosen Spielens und des Kontaktes ihrer Kinder mit Gleichaltrigen ausgleichen.

Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen in den Bereichen Sprache, Motorik und Verhalten kommen bei Jungen, sozial benachteiligten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund deutlich häufiger vor als bei Mädchen, Kindern aus Familien mit höherem Sozialstatus oder ohne Migrationshintergrund. Während Auffälligkeiten in Entwicklung und Verhalten zum Teil vorübergehen,

können manifeste Störungen in diesen Bereichen früher oder später zu einer Minderung des Selbstwertgefühls, der sozialen Anerkennung und der Integration führen, psychische Verarbeitungsprozesse beeinträchtigen oder später als Leistungsstörung in der Schule krankheitsrelevant werden.

Kinder mit Behinderungen sollten nicht getrennt von ihren nichtbehinderten Altersgenossen aufwachsen, damit sich ihre Erfahrungswelten nicht trennen und beiderseitig Teilhabe erfahren werden kann. Eine ihre Kompetenzen anerkennende Haltung von Fachkräften ebenso wie der Eltern ist besonders für Kinder mit Behinderung in dieser Altersphase von hoher Bedeutung, da die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Gelingen ihre Chancen zum Kompetenzaufbau verbessert.

Für eine gesunde Entwicklung des Kindes spielt auch die richtige Ernährung eine wichtige Rolle. Fehlernährung sowie mangelnde Bewegung und auch psychische Faktoren können auf Dauer zu Übergewicht und Adipositas führen, die gehäuft bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien und Kindern mit Migrationshintergrund anzutreffen sind. Da Kinder „nicht mit dem Verstand essen“, ist gesundes Essverhalten Kindern nur dann nahezubringen, wenn das Essen und die Essenssituation kindgemäß und ansprechend gestaltet werden.

Im Alter von drei bis unter sechs Jahren nehmen die allergischen Erkrankungen dramatisch zu. Impfdefizite bestehen besonders bei der Mumps-, Masern- und Röteln-Impfung. Vorsorgeuntersuchungen werden von sozial benachteiligten und Kindern aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener wahrgenommen.

6.4 Fazit

Kinder brauchen Eltern und andere Erwachsene (z. B. Erzieherinnen), die mit großer Achtsamkeit und ohne Diskriminierung nach sozialer Zuordnung, Religion, ethnischer Herkunft oder Behinderung die Bedürfnisse von Kindern nach emotionaler Zuwendung, Bewegung und Erforschung der Umwelt, genussreicher und gesunder Ernährung sowie Kommunikation und Austausch wahrnehmen. Auf dieser Grundlage und mit guten erwachsenen Vorbildern wird es Kindern möglich, achtsames Verhalten gegenüber sich selbst und anderen zu entwickeln und aktiv an der Ausgestaltung gesunder Lebensverhältnisse teilzunehmen (Partizipation).

Kinder in Kindertagesstätten und Tagespflege brauchen individuelle Förderung, die nicht auf Defizite, sondern auf ihre besonderen Bedürfnisse, Ressourcen und Kompetenzen abzielt. Um dieses Ziel zu erreichen, brauchen die Fachkräfte in Kindertagesstätten und Tagespflege wiederum ausreichende Möglichkeiten, durch regelmäßige Qualifikationen und Supervisionen nachhaltig eine hohe Qualität ihrer Arbeit zu gewährleisten. Um spezifische fachliche Unterstützung für Kinder mit Behinderungen in Integrationskindergärten leisten zu können, müssen die Fachkräfte besondere Qualifikationen erwerben und mit medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-

sozialpsychologischen Diensten Hand in Hand arbeiten können.

Eltern brauchen niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote sowie Lebensverhältnisse, die sie dabei unterstützen, ihre Kinder bezüglich Bewegung, Sprache und sozialer Kompetenzen ausreichend zu fördern und ihnen gesunde und genussreiche Ernährungsweisen nahe zu bringen.

Kinder brauchen andere Kinder, um in der Auseinandersetzung mit anderen unterschiedliche Interessens- und Gefühlslagen kennen zu lernen und den achtsamen Umgang mit ihnen zu erlernen. Und sie brauchen andere Kinder, um ihre Fähigkeiten spielerisch miteinander zu vergleichen und sich gegenseitig Anlässe für Bewegung und Kommunikation zu geben.

Alle Kinder brauchen Orte (in der Kinderbetreuung und im familiären Umfeld), in denen sie ihre Explorationsbedürfnisse mit allen Sinnen und ohne Gefahren ausleben können und so auf vielfältige Weise Erfahrungen über ihren Körper und seine Grenzen sammeln können. Kinder brauchen Orte, die weitgehend frei von gesundheits-schädlichen Schadstoffen sind.

7 Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren

7.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich bewähren, Beziehungen eingehen, sich die Welt aneignen

Entwicklung vollzieht sich in Beziehungen; das gilt nicht nur für das frühe Kindesalter, sondern insbesondere auch für das Grundschulalter. Neben den Eltern als primären Bezugspersonen treten in der Entwicklungsphase von 6 bis unter 12 Jahren für behinderte und nichtbehinderte Kinder noch weitere Sozialisationsinstanzen hinzu: die Schule und die Gleichaltrigengruppe. Mit dem Eintritt in die Schule ergeben sich neue Herausforderungen: Jungen und Mädchen erfahren fortan definierte Leistungserwartungen von Schule und Elternhaus. Inwiefern sich ein Kind diesen Anforderungen gewachsen fühlt, hängt wesentlich davon ab, wie Erfolge oder Misserfolge in der Schule erlebt bzw. bewältigt werden können. Zudem ist es im Kontext Schule für das Kind möglich, sich mit anderen sozial zu vergleichen und damit Fragen und Antworten hinsichtlich der eigenen Identität, des Geschlechts und auch des Verhältnisses zum anderen Geschlecht zu generieren (Mietzel 2002; Permien/Frank 1995). Die gestiegene Selbstständigkeit und Mobilität von Kindern und die sich daraus ergebenden Freiheiten ermöglichen es auch, sich die eigene Lebenswelt jenseits von Familie und Schule anzueignen und diese zu gestalten. Im öffentlichen Raum (auf Straßen und Spielplätzen etc.), in Vereinen und Verbänden (Sport, Musik, etc.) und Jugend-einrichtungen können Kinder mit anderen Kindern in Kontakt treten, ihre Fähigkeiten erproben, Handlungsspielräume erweitern und sich aneinander messen. Teilzuhaben an diesen Kontexten bedeutet aber auch, dass Heranwachsenden bzw. ihren Eltern die hierzu notwendigen Ressourcen (z. B. Zeit, Geld oder Gesundheit) zur Verfügung stehen müssen (Fegert 2003).

Durch erweiterte Erfahrungen im sozialen Raum wird es möglich, Beziehungen zu anderen einzugehen, die durch Gleichrangigkeit geprägt sind. Aus dieser Vielzahl von Beziehungsoptionen für Mädchen und Jungen, seien diese formeller Natur (z. B. im Schulkontext) oder auf informeller Ebene (z. B. in der Freizeit), ergibt sich eine Vielzahl von Herausforderungen. Die Bewältigung dieser Aufgaben, Erfahrungen und Anforderungen, verbunden mit den gegenüber früheren Altersstufen differenzierteren kognitiven Fähigkeiten in dieser Entwicklungsphase, ermöglicht es Mädchen und Jungen in unterschiedlichem Maße, eine erste eigene Verortung zu finden, d. h. sich gegenüber den Ansprüchen der sozialen Umwelt zu bewähren. Ein derart breites Spektrum an Aufgaben fordert vom Kind als Akteur seiner Entwicklung ein hohes Maß an Kompetenz. Im Zusammenspiel der gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen

- Aneignen und Gestalten
- Sich bewähren und
- Beziehungen eingehen

ergeben sich für 6- bis unter 12-jährige Kinder wesentliche Grundlagen für die Ausdifferenzierung von (sozialen) Kompetenzen, des eigenen Selbstbildes und des Verständnisses für die eigene Person.

Aufgrund ihrer eigenen Kompetenzen und der Ressourcen ihrer sozialen Umwelt gelingt es einem Großteil der 6- bis unter 12-Jährigen, sich die soziale Umwelt anzueignen, sie aktiv zu gestalten und sich dementsprechend gesund zu entwickeln. Je nach Ausmaß der erfolgreichen Bewältigung der für Mädchen und Jungen teilweise unterschiedlichen Aufgaben, Erfahrungen und Anforderungen machen die Kinder, bezogen u. a. auf ihre schulischen Fähigkeiten, Selbstkonzept, Körperlichkeit, Kontakt mit Gleichaltrigen und mit dem anderen Geschlecht unterschiedliche Erfahrungen in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit und ihre persönlichen Stärken und Schwächen. Daraus und aus der Verarbeitung dieser Erfahrungen und aus dem Vergleich mit Peers entwickeln die Mädchen und Jungen zunehmend ihre Selbsteinschätzung, ihre eigene Identität und ihr Verhältnis zum anderen Geschlecht und setzen sich mit den Geschlechtsrollen auseinander (Mietzel 2002; Permien/Frank 1995).

Bei Kindern mit Behinderungen treten häufig Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines geschlechterspezifischen Selbstkonzepts auf, wenn in der Umweltwahrnehmung die Behinderung die Identität als Mädchen oder Junge dominiert und überlagert. Bei Eltern von Mädchen findet sich des Öfteren Überbehütung, aber auch ein Rollenverständnis, das nicht dem Prinzip der Gleichwertigkeit der Geschlechter entspricht (Schmetz 2001).

Mädchen und Jungen messen sich in Bezug auf das eigene Selbstkonzept, ihr Selbstbewusstsein und ihren Selbstwert an dem, was in ihrem sozialen Bezugsrahmen (Schule, Eltern, Gleichaltrige) als konsensfähig erachtet wird (Berk 2005). Hier erfahren behinderte Kinder und Jugendliche ihre Verschiedenheit nicht selten leidvoll als Minderwertigkeit (Walter 1996). Das Selbstwertgefühl

bzw. Selbstkonzept resultiert also aus dem (ständigen) Abgleich von Ist- und Sollvorstellungen der eigenen Person (Erikson 1968) und kann über die Zeit variieren. Ein im Kindes- und Jugendalter, aufgebautes positives Selbstwertgefühl wirkt im Sinne eines Schutzfaktors und hat deshalb für die weiteren Lebensphasen, speziell auch für die Umbruchphase des Jugendalter, eine hohe Bedeutung. So verfügen Heranwachsende mit einem positiven Selbstwertgefühl bis ins Erwachsenenalter hinein über eine bessere psychische Gesundheit und sind eher in der Lage, Krisen zu meistern und sich von belasteten Lebensumständen (z. B. Behinderung, Aufwachsen mit einer psychisch kranken Mutter) zu distanzieren (Bovier u. a. 2004; Werner/Smith 2001).

Eine weitere Quelle des Selbstwerterlebens von Mädchen und Jungen sind neben der Messung an soziokulturellen Maßstäben ihre sozialen Erfahrungen, die sie im unmittelbaren Kontakt mit ihren Hauptbezugspersonen (in der Regel sind dies die eigenen Eltern), aber auch durch ihre schrittweise Verselbstständigung machen. So stehen beispielsweise bei chronisch kranken und behinderten Mädchen und Jungen der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben vielfach krankheitsbedingte Hindernisse entgegen: Während Gleichaltrige ihren Aktionsradius kontinuierlich erweitern und selbstständiger werden, bleiben chronisch kranke und behinderte Heranwachsende oft in hohem Maße auf ihre Familie angewiesen. Auch Kinder mit psychosozialen Entwicklungsrisiken (z. B. Aufwachsen in familiärer Armut oder mit migrationsbedingten Problemen) reagieren auf die Entwicklungsanforderungen dieser Altersphase mit unterschiedlichen, manchmal problematischen Bewältigungsformen, die zum einen auf den Erfahrungen der Kinder in vorangegangenen Entwicklungsphasen beruhen, zum anderen auf den Bedingungen in ihrer gegenwärtigen Umwelt. So können Kinder ohne ausreichende Ressourcen auf die wachsenden Anforderungen von unterschiedlichen Seiten (Familie, Schule, Gleichaltrige) beispielsweise mit einer gesteigerten Infektanfälligkeit, psychosomatischen Beschwerden (z. B. Schlafstörungen), einem unangemessenen Ernährungs-/Bewegungs- und Mediennutzungsverhalten (das die Entwicklung von Adipositas begünstigt), gesteigerter Aggressivität, vermehrten Ängsten (z. B. Schulangst), Leistungsproblemen und Störverhalten in der Schule reagieren. Diese psychosoziale Beeinträchtigung und lebensstilbedingten Erkrankungen können sich im Lebensverlauf wieder reduzieren, sich aber auch zu dauerhaften Problemen entwickeln. So lässt sich am Beispiel von Adipositas aufzeigen, wie ab dem 6. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg der Prävalenz zu beobachten ist. Dieser Trend setzt sich bis ins Jugendalter fort (vgl. Abb. 8.7). Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie wichtig frühzeitige Prävention ist, damit Entwicklungsrisiken im Lebensverlauf von Kindern und Jugendlichen nicht kumulieren. Dabei ist allerdings zu beachten: Ebenso vielfältig wie die kindlichen Reaktionen auf veränderte bzw. ungünstige Umweltbedingungen sind die Ursachen hierfür. Hier kommt Aspekten des familiären Zusammenlebens eine besondere Bedeutung zu. Vor allem der familiäre Zusammenhalt (als Maß emotionaler Bindung zwischen Familienmitgliedern), sowie die Loyalität der Familienmit-

gliedert untereinander stellen wichtige Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung dar, da sie wesentlich zu einer sicheren Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kind beitragen. Weiter tragen Zusammenhalt, Anpassungsfähigkeit und Flexibilität in den familiären Strukturen, Rollen und Regeln dazu bei, dass die familiäre Funktionsfähigkeit auch bei Belastungen erhalten bleibt (Schnabel 2001). Voraussetzung hierfür ist ein guter körperlicher und psychischer Gesundheitszustand der Eltern, welcher die optimale Nutzung von familiären Ressourcen sicherstellt (Bettge 2004). Eltern stellen in diesem Sinne für ihre Kinder bedeutende Lernmodelle für eine positive Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen und für die Entwicklung einer realistischen Sichtweise der eigenen Person und der sozialen Umwelt dar (Schnabel 2001; Werner/Smith 2001).

Auch die Bewältigung des Entwicklungsübergangs von Bildung, Erziehung und Betreuung in Familie und Kindertageseinrichtung hin zur Schule, die im Primärbereich in zunehmendem Maß als Ganztags(grund)schulen organisiert sind (Kultusministerkonferenz, KMK 2008), ist wesentlich für das Wohlbefinden von Mädchen und Jungen dieser Altersphase. Die erfolgreiche Bewältigung dieser neuen Anforderungen oder sich daraus ergebender Probleme (z. B. Streitigkeiten in der Familie, Schul-schwierigkeiten, Probleme mit Freunden etc.) weisen eine enge Verknüpfung mit dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden auf. So machen eine verstärkte Konfrontation mit Stressoren im Schulkontext und unter Umständen divergente Rollenerwartungen unterschiedlicher Sozialisationsinstanzen (z. B. Eltern oder Gleichaltrige) bereits das Grundschulalter zu einer sensiblen Entwicklungsphase. Zusätzliche belastende Erfahrungen (z. B. Scheidung der Eltern, Mobbing etc.) ergeben in dieser Phase ein gesteigertes Risiko für die Entwicklung von gesundheitlichen Auffälligkeiten, die auch für nachfolgende Entwicklungsphasen relevant sind (Bilz 2008).

Fehlen Kindern notwendige Ressourcen zur Bewältigung der neu an sie gestellten Anforderungen (z. B. durch Armut eingeschränkte Sozialisationserfahrungen im Elternhaus, unbefriedigende Qualität von Schule und Kindertagesbetreuung etc.), begünstigt dies die Entwicklung von gesundheitlichen Auffälligkeiten (Jané-Lopis/Braddick 2008). Ressourcen, die solchen Risiken entgegenwirken können, sind sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten und schulische Kompetenz. Der Schutzfaktoreneffekt dieser Kompetenzen nimmt mit steigendem Alter zu und ist im Jugendalter größer als in der Kleinkindphase. Kinder und Jugendliche mit diesen Ressourcen schätzen kritische Lebensereignisse angemessener ein und wenden Bewältigungsstrategien im Alltag sowie in spezifischen Notlagen flexibel an (Werner 2007).

Das System Schule fördert durch seine Bewertungsmaßstäbe (z. B. Notenvergabe) soziale und leistungsbezogene Vergleiche zwischen Kindern und regt einen Wettbewerb um die besten Leistungen (und das damit verbundene soziale Prestige) an. Insbesondere Kinder mit Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese-Rechtschreibstörung, Rechenschwäche) haben in diesem Wettbewerb aufgrund ihrer Erkrankung eine schlechte

Ausgangsposition, denn aus Heranwachsenden, die bis zum Schuleintritt „einfach Kinder“ sein durften, können jetzt für und durch ihr soziales Umfeld zu „Problem-Kindern“ werden. Zudem können die Leistungsanforderungen, die von Schule (und Elternhaus) an Kinder gestellt werden, oftmals nur durch verstärkten Einsatz der Eltern (am Wochenende oder nach der Arbeit) oder durch spezielle außerschulische Lernförderung (Nachhilfe) kompensiert werden. Schule wird damit auch nach Hause verlagert, und die gemeinsame (Frei-)Zeit von Eltern und Kind wird kostbar und knapp. Hier hat allerdings ein positives Interesse der Eltern an ihren Kindern auch positiven Einfluss auf deren schulische Bildungserfolge. Beteiligen sich Eltern zudem aktiv am schulischen Geschehen, wird den Kindern eine wertschätzende Haltung gegenüber der Schule vermittelt, was wiederum regelmäßigen Schulbesuch, Verbesserung der Arbeitshaltung in der Hausaufgabensituation und eine Steigerung der Schulleistungen fördert, aber kaum Verhaltensprobleme reduziert (Christenson/Sheridan 2001).

Auch können sich spezielle Talente und Interesse an Hobbies bei Kindern und Jugendlichen mit bestehender Risikobelastung risikomildernd auswirken, da die dadurch erfahrene soziale Anerkennung förderlich für die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit ist (Werner/Smith 2001). Wichtig dafür ist aber, dass für vieles, was ein Kinderleben ausmacht (z. B. Sporttreiben, Hobbies nachgehen, sich mit Freunden treffen etc.) genügend Zeit bleiben muss, sodass Konflikte zwischen Eltern, Kindern und den Anforderungen der Schule vermieden werden können.

Heranwachsende erfahren, dass Erfolg im System Schule nicht (allein) durch persönliche Eigenschaften und soziale Kompetenzen, die sie z. B. bei ihren Mitschülern beliebt machen, sondern durch das Erreichen von vorgegebenen Normen (z. B. ein bestimmter Notendurchschnitt, um die nächste Klassenstufe zu erreichen) bestimmt ist. Im Umkehrschluss ist ein Nicht-Erreichen von vorgegebenen Normen mit Sanktionen seitens des Systems (z. B. Klassenwiederholung oder Sonderbeschulung) verbunden, die negative Auswirkungen auf die soziale Einbettung haben können. Zu fragen ist an dieser Stelle, inwiefern und warum es dem System Schule (nicht) gelingt, die „Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung“ (Largo 2001) in ihren Bewertungsmaßstäben zu verankern, und damit eine institutionenbedingte Aussonderung mit entsprechenden Nachteilen des Kindes zu vermeiden. Dahinter verbirgt sich für das System Schule die Frage, ob die von ihm gestellten Anforderungen, seine Lernmethoden und Beziehungsangebote von einem (kaum real existenten) „Idealschulkind“ ausgehen. Die Erfahrung, dass Leistungen wesentlich für das Erlangen von positiv bewerteten gesellschaftlichen Positionen sind, nimmt hier ihren Ausgangspunkt und setzt sich in den nachfolgenden Lebensabschnitten fort (z. B. bei der Berufsfindung im Jugendalter). Sie führt in ihrer ungünstigsten Ausprägung zur Minimierung von Lernfreude und Leistungsmotivation. Kinder erfahren damit auch, dass sie trotz eines größeren Selbst-Bewusstseins nicht uneingeschränkt in der Lage sind, ihre Umwelt so zu gestalten, dass sie sich in dieser Welt bestätigt und

wohl fühlen (Baacke 2001). Dies ist auch insofern von Bedeutung, als Mädchen und Jungen Informationen über den Wert der eigenen Person, die sie den Rückmeldungen ihrer Eltern und den Leistungen im schulischen Bereich entnehmen, auch auf soziale Kontakte zu Gleichaltrigen übertragen. Besondere Selbstwert- und Beziehungsprobleme haben nicht selten Kinder, die wegen geistiger, körperlicher oder (drohender) seelischer Behinderung oder wegen starker Verhaltensstörungen Sonder- oder Förderschulen besuchen.

Das System Schule mit seinen vielfältigen Anforderungen an die Heranwachsenden birgt aber nicht nur Risiken, sondern kann und sollte sich insbesondere auf solche Kinder entwicklungsförderlich auswirken, die in ihrem sozialen Nahraum psychosozialen Risiken (z. B. Armut der Familie) ausgesetzt sind. In Zeiten instabil gewordener Familienstrukturen (z. B. Zunahme an Scheidungen) können auch Lehrerinnen und Lehrer zu Bezugspersonen für Kinder mit einem schwierigen familiären Hintergrund werden. Damit kann Schule ein Gegengewicht für psychosozial belastete Mädchen und Jungen bilden (Opp 2007; Werner/Smith 2001). Dem Vorhandensein von erwachsenen Bezugspersonen außerhalb der Familie wird eine Schutzfaktoren-Funktion dadurch beigemessen, dass sie das Selbstwertgefühl der Heranwachsenden steigern, ihrem Leben Sinn geben und positive Rollenmodelle anbieten (Heller u. a. 1999). Die Qualität der in diesen sozialen Beziehungen wahrgenommenen Unterstützung ist entscheidender als deren Quantität (Schnabel 2001). Vor allem die Ausdifferenzierung von sozialen Kompetenzen ist im Grundschulalter (und den danach folgenden Entwicklungsphasen) essenziell für die Gewinnung und den Erhalt sozialer Anerkennung durch andere. Aber nicht nur auf der informellen Ebene sind soziale Kompetenzen von Bedeutung; vielmehr kommt ihnen auch später mit dem Eintritt in die Berufsausbildung im jungen Erwachsenenalter eine zentrale Rolle für eine erfolgreiche Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu.

Nach wie vor entscheidend für das Wohlbefinden von Mädchen und Jungen sind die Qualität der Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie die Rahmenbedingungen des familiären Zusammenlebens (z. B. Sicherstellung ausreichender finanzieller Ressourcen). Für die Entwicklung der Voraussetzungen, Mitmenschen auch langfristig als Freunde gewinnen zu können, sind die Grundschuljahre besonders wichtig. Positive Beziehungen zu Gleichaltrigen besitzen für die positive Entwicklung eines Kindes einen hohen Vorhersagewert; sie können sogar die negativen Auswirkungen eines dysfunktionalen familiären Umfeldes ausgleichen helfen (Werner/Smith 2001). Inwiefern sich ein Kind zugänglich und kooperativ im Kontakt mit Gleichaltrigen erweist, wird wesentlich durch individuelle Merkmale (z. B. Temperament) und soziale Vorerfahrungen mitbestimmt (Gadow 2007). Durch freundschaftliche Beziehungen zu Gleichaltrigen, die ihnen im Hinblick auf zentrale Merkmale gleichen, versuchen Mädchen und Jungen zudem ihr Selbstbild zu festigen, aber es werden z. T. auch erste (sexuelle) Annäherungen an das andere Geschlecht erprobt (oder sich bewusst distanziert), die u. a. bedingt sind durch eine Vor-

verlagerung der sexuellen Reifeentwicklung (Kahl u. a. 2007a) in diese Altersstufe. In freundschaftlichen Beziehungen können Kinder soziale Kompetenzen ausdifferenzieren, Entwicklungsaufgaben meistern (z. B. sich mit der eigenen und der fremden Geschlechtsrolle auseinandersetzen) und individuelle Bedürfnisse befriedigen (z. B. nach Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Person). Freundschaften stellen damit für Kinder eine entscheidende Entwicklungsressource dar, die zwar gelungene Sozialbeziehungen zu Erwachsenen (vor allem die eigenen Eltern) nicht ersetzen, aber unter Umständen deren Mangel in einem erheblichen Ausmaß kompensieren helfen können (Criss u. a. 2002; Vitaro u. a. 2001). Soziale Unterstützung durch positive Gleichaltrigenbeziehungen besitzt für die weitere Entwicklung und die soziale Kompetenz von Heranwachsenden einen hohen Vorhersagewert. Die Bedeutung von positiven Sozialbeziehungen zu Gleichaltrigen als Schutzfaktor liegt darin, dass sie Nähe und Akzeptanz bieten, welche die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls maßgeblich beeinflussen (Ezzell u. a. 2000). Insofern stellen positive Freundschaftsbeziehungen im sozialen Nahraum entwicklungsförderliche Ressourcen dar, in welchen Kinder jenseits der Instanzen Schule und Elternhaus wichtige Sozialisationserfahrungen machen (z. B. Vertrauen in andere entwickeln).

7.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

7.2.1 Kinder mit speziellen Versorgungsbedarfen

Geht es bei den in den vorausgegangenen Kapiteln (und den vergleichbaren Kapiteln in den anderen Altersstufen) vorgestellten Daten wesentlich um die Erfassung von Auffälligkeiten, Störungen oder gar Krankheiten, so sind die im Folgenden präsentierten Daten durch eine andere Herangehensweise des KiGGS gewonnen worden: Gesundheit, Krankheit und Behinderung wurden „(...) über den Bedarf oder die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems sowie [über] funktionelle Beeinträchtigungen (...)“ (Scheidt-Nave u. a. 2007, S. 750), den sogenannten „speziellen Versorgungsbedarf“, ermittelt.⁴⁵ Die Gruppe der Kinder (und Jugendlichen) mit einem speziellen Versorgungsbedarf umfasst Mädchen und Jungen mit „(...) dauerhaften oder absehbar längerfristig bestehenden körperlichen gesundheitlichen Einschränkungen, Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen“ (Scheidt-Nave u. a. 2007, S. 751).⁴⁶ Es handelt sich also

⁴⁵ Ein Wechsel der Argumentationsperspektive lässt sich u. a. damit begründen, dass Selbstangaben der Eltern zu Krankheitsdiagnosen eingeschränkt valide sind (für eine genauere Argumentation hierzu siehe Scheidt-Nave u. a. 2007).

⁴⁶ Definiert wurde ein spezieller Versorgungsbedarf in den nachfolgenden Analysen dadurch, dass von den folgenden fünf Bereichen mindestens einer zutrifft: Medikamenteneinnahme (außer Vitamine); medizinische Versorgung bzw. psychosozial/pädagogische Unterstützung; Einschränkungen im Tun von Dingen, die die meisten Gleichaltrigen können; Erhalt einer speziellen Therapie (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie); sowie emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen, für die Behandlung/Beratung in Anspruch genommen wird (Scheidt-Nave u. a. 2007).

um Mädchen und Jungen mit einer chronischen Erkrankung, (angeborenen) Fehlbildungen oder Stoffwechselerkrankungen oder mit Verhaltensstörungen, die deshalb behindert oder zumindest von Behinderung bedroht sein können. Diesen Gruppen von Heranwachsenden mit unterschiedlichen und verschiedenen verursachten Beeinträchtigungen, die aber mit ähnlichen Auswirkungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld verbunden sind, widmen sich die nachfolgenden Ausführungen.

Nach den Erhebungen des KiGGS haben ca. 14 Prozent der Heranwachsenden einen speziellen Versorgungsbedarf. Mit steigendem Alter ist insgesamt ein kontinuierlich zunehmender Versorgungsbedarf zu erkennen. Es lassen sich aber auch deutliche Geschlechtsunterschiede feststellen: So weisen Jungen bis zum 14. Lebensjahr einen höheren Versorgungsbedarf als Mädchen auf, der aber ab der Altersstufe 11 bis 13 Jahre rückläufig ist, während er bei Mädchen mit wachsendem Alter kontinuierlich ansteigt. Heranwachsende mit Migrationshintergrund haben eine deutlich geringere Prävalenz an speziellen Versorgungsbedarfen, die möglicherweise auch mit der Wahrnehmung von Problemen durch die Befragten und deren Zugang zu entsprechenden Therapien zusammenhängen könnte. Die geringen Geschlechtsunter-

schiede bei Heranwachsenden mit Migrationshintergrund fallen – anders als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund – zuungunsten der Mädchen aus. Für Heranwachsende aus Ostdeutschland zeigt sich gegenüber den westdeutschen Heranwachsenden insgesamt ein erhöhter Versorgungsbedarf insbesondere für Mädchen (Scheidt-Nave u. a. 2007).

Heranwachsende mit einem speziellen Versorgungsbedarf weisen nicht nur bezüglich der Geschlechtsdimension bedeutsame Unterschiede auf, sondern vor allem im Hinblick auf Kinder und Jugendliche ohne speziellen Versorgungsbedarf. Im Unterschied zu letzteren wachsen Kinder und Jugendliche mit einem speziellen Versorgungsbedarf häufiger in Ein-Elternteil-Familien als in vollständigen Familien auf, wobei sich allerdings keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen im Hinblick auf das Vorliegen von familiären Ressourcen zeigen. Die Häufigkeit von Arztbesuchen (außer Zahnarzt- und Psychologenbesuche) ist für Heranwachsende mit speziellem Versorgungsbedarf signifikant erhöht. Dieser Unterschied ist bei Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) noch stärker ausgeprägt als bei unter 10-jährigen Kindern.

Tabelle 7.1

**Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf
(Angaben in Prozent)**

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Alter			
0 bis 2 Jahre	5,7	4,1	5,0
3 bis 6 Jahre	14,4	7,9	11,2
7 bis 10 Jahre	21,7	11,4	16,7
11 bis 13 Jahre	19,5	13,7	16,6
14 bis 17 Jahre	15,5	16,0	15,8
Gesamt	16,0	11,4	13,7
Migrationshintergrund			
mit MH	8,0	9,4	8,7
ohne MH	17,1	11,6	14,4
Wohnregion			
Ostdeutschland	16,3	13,7	15,1
Westdeutschland	15,9	10,9	13,4
sozialer Status			
niedriger ST	15,5	11,0	13,3
mittlerer ST	16,7	11,5	14,1
hoher ST	15,4	11,5	13,5

Quelle: Scheidt-Nave u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Heranwachsende mit einem speziellen Versorgungsbedarf werden weitaus häufiger als Heranwachsende ohne Versorgungsbedarf von ihren Eltern als psychisch auffällig bewertet (RKI 2008a). Dies könnte zum einen daran liegen, dass die Gruppe der Heranwachsenden mit einem speziellen Versorgungsbedarf sich auch aus Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten zusammensetzt; zum anderen könnte es aber auch daran liegen, dass Heranwachsende mit einem speziellen Versorgungsbedarf stressreichen Belastungen ausgesetzt sind (z. B. schmerzhaftes medizinische Behandlungen), welche die Anfälligkeit der Kinder und Jugendlichen für Verhaltensauffälligkeiten erhöhen.

Nur für die Gruppe der 3- bis 10-jährigen Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf wurde eine signifikant häufigere Betreuung außer Haus ermittelt. Keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne speziellen Versorgungsbedarf zeigen sich hinsichtlich der Variablen Sozialstatus, besuchte Schulform sowie sportliche Betätigung bzw. körperliche Inaktivität (RKI 2008a).

Aus der Vielzahl an Beeinträchtigungen, die einen speziellen Versorgungsbedarf ergeben können, werden in den nachfolgenden Kapiteln die Bereiche chronisch-somatische Erkrankungen und Behinderungen ausgewählt und mit ihren Auswirkungen auf den sozialen Nahraum näher dargestellt.

7.2.2 Chronisch-somatische Erkrankungen

Chronisch-somatische Krankheiten⁴⁷ zeichnen sich durch Nichtheilbarkeit oder ihren langwierigen, nicht vorhersehbaren Verlauf aus und bringen in der Regel tief greifende Veränderungen des Lebens der Betroffenen mit sich (Hölling u. a. 2008). Nahezu alle Organsysteme können von einer chronischen Erkrankung betroffen sein. Der Schwerpunkt von chronischen Erkrankungen liegt nach Angaben des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) bei atopischen Erkrankungen (24,4 Prozent) und obstruktiver Bronchitis (14,6 Prozent).

Von den in Tabelle 7.2 dargestellten chronisch-somatischen Erkrankungen sind mehr Jungen als Mädchen sowie mehr Kinder ohne Migrationshintergrund als Kinder mit Migrationshintergrund betroffen. Keine nennenswerten Unterschiede gibt es in der Auftretenshäufigkeit zwischen Ost- und Westdeutschland und im Sozialstatus nur bezogen auf atopische Erkrankungen.

⁴⁷ In Analogie zum internationalen Sprachgebrauch werden auch in Deutschland verschiedene Begrifflichkeiten verwendet, um (körperlich) chronisches Kranksein und die damit verbundenen psychosozialen Folgen (z. B. erhöhter Versorgungsbedarf, Einschränkungen der Lebensqualität) zu beschreiben (z. B. chronische Gesundheitsstörung, chronisches Gesundheitsproblem, chronischer Gesundheitszustand; Kurth/Koch 2008; Schmidt/Thyen 2008). Die Kommission teilt dieses umfassende Verständnis von (körperlich) chronischem Kranksein, verwendet aber im Bericht aus Gründen der Lesbarkeit den Begriff „chronische Krankheit bzw. Erkrankung“.

Tabelle 7.2

Lebenszeitprävalenz⁴⁸ atopischer Erkrankungen und obstruktiver Bronchitis bei 7- bis 10-Jährigen

	Befunde
Atopische Erkrankungen ⁴⁹	gesamt: 24,4 % Mädchen: 22,7 % Jungen: 26,0 % Ost: 23,5 % ⁵⁰ West: 22,7 % ohne MH: 23,9 % mit MH: 17,7 % niedriger ST: 20,6 % hoher ST: 26,3 %
Obstruktive Bronchitis	gesamt: 14,6 % Mädchen: 12,0 % Jungen: 17,1 % Ost: 10,2 % West: 14,0 % ohne MH: 13,6 % mit MH: 12,0 % niedriger ST: 13,0 % hoher ST: 13,9 %

Quelle: Kamtsiuris u. a. 2007; Schlaud u. a. 2007 MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Die Lebenszeitprävalenzen einzelner chronischer Erkrankungen nehmen im Altersverlauf unterschiedlich stark zu. Ein Teil der Erkrankungen wird verstärkt schon in den ersten Lebensjahren diagnostiziert, sodass die Lebenszeitprävalenz im Grundschul- und Jugendalter nur leicht zunimmt (z. B. obstruktive Bronchitis). Bei anderen chronischen Erkrankungen (z. B. Heuschnupfen, Asthma oder Migräne) ist im Altersverlauf teilweise eine starke Zunahme der Prävalenz zu beobachten (Kamtsiuris u. a. 2007).

7.2.3 Mädchen und Jungen mit Behinderungen

Weil es keine Meldepflicht für Behinderungen gibt, lässt sich die tatsächliche Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung nur schätzen. Nach der amtlichen Statistik, die allerdings nur Kinder und Jugendliche erfasst, für die ein Ausweis nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) ausgestellt wurde, sind 1,1 Prozent der unter 18-Jährigen und 1,3 Prozent der unter 25-Jährigen schwerbehindert (Grad der Behinderung über 50 Prozent; vgl. Tab. 7.3).

Die Zahlen der amtlichen Schwerbehindertenstatistik liegen mit großer Sicherheit weit unter der realen Anzahl der behinderten Heranwachsenden. Gründe hierfür liegen beispielsweise in Informations- und Beratungsdefiziten, Schwellenängsten/Schwierigkeiten der Eltern mit formalen Anträgen, Unkenntnis oder fehlender Wahrnehmung

⁴⁸ Lebenszeitprävalenz: Anzahl aller Fälle einer bestimmten Krankheit/Auffälligkeit in einer Population (z. B. Altersgruppe) zum gegebenen Untersuchungszeitpunkt, die im Verlauf ihres Lebens eine bestimmten Krankheit/Auffälligkeit zeigen

⁴⁹ Vorliegen wenigstens einer der atopischen Erkrankungen Asthma, Heuschnupfen oder atopisches Ekzem (Neurodermitis) (Schlaud u. a. 2007)

⁵⁰ Angaben bezogen auf die Gruppe der Erkrankten im Alter von 0 bis 17 Jahren

Tabelle 7.3

**Schwerbehinderte junge Menschen mit Behindertenausweis am 31. Dezember 2005
nach Altersgruppen in Deutschland**

	Insgesamt	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren									
		Unter 4		4 bis 6		6 bis 15		15 bis 18		18 bis 25	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Deutschland	273.277	14.478	0,5	14.611	1,0	91.124	1,2	41.342	1,4	111.722	1,6

Quelle: Statistisches Bundesamt (2007b); Prozent-Anteil an der altersgleichen Bevölkerung, eigene Berechnungen

der Behinderung sowie einer größeren Toleranz bezüglich Entwicklungsabweichungen bei Kindern im Vorschulalter. Die Statistik macht aber auch deutlich, dass die Inanspruchnahme jeweils an den zentralen Stellen des Übergangs zu Beginn des Schulalters und mit Beginn des Ausbildungsalters (ab 18 Jahren) zunimmt. Kinder und Jugendliche, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen, weisen häufig medizinisch klar diagnostizierbare, vielfältige und augenscheinliche körperliche, geistige und/oder Sinnesbeeinträchtigungen sowie meist einen hohen Unterstützungsbedarf auf. Da längst nicht alle Heranwachsenden, auf die diese Merkmale zutreffen, auch tatsächlich einen Schwerbehindertenausweis besitzen (Beck 2002), soll ergänzend zur Schwerbehindertenstatistik die Schulstatistik herangezogen werden, um zumindest für die Altersgruppe der 6- bis unter 15-Jährigen Angaben über das Ausmaß des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfes (und damit assoziiert auch der Verbreitung von Behinderungen) zu machen (vgl. Tab. 7.4).

Doch auch die Definition dieses Bedarfs ist nicht unabhängig von ihrem gesellschaftlichen Hintergrund möglich. So gelang es mit der wachsenden Ausdifferenzierung schulischer Angebote und Maßnahmen zwar, auch Kindern mit Behinderung die Teilhabe an Bildung zu ermöglichen, allerdings weitgehend um den Preis der Förderbeschulung, über die es jedoch seit langem eine kontroverse Debatte gibt: Betonen auf der einen Seite die seit den 1960er Jahren als eigenständige Schulform anerkannten Sonder- oder seit neuerer Zeit Förderschulen die Notwendigkeit einer umfassend angepassten Hilfe für behinderte Kinder, wird auf der anderen Seite der pädagogische Sinn von Sonderbeschulung bezweifelt und eine größtmögliche (Re-) Integration angestrebt (Sander 1998). Als leitendes Konzept für die integrative Beschulung entwickelte sich seit etwa 1990 eine „Pädagogik der Vielfalt“ (Prengel 2006, Hinz 1993), die darauf abhebt, dass Koedukation, Vielfalt der Kulturen und Kompetenzen im Bildungssystem als „Umsetzung der demokratischen Wertschätzung von Differenzen“ erfahren werden sollen. Unabhängig von Grundsatzdebatten hat sich eine Vielfalt von Formen schulischer Erziehung entwickelt, die sich nach den Möglichkeiten des sozialen Kontaktes zwischen behinderten und nicht behinderten Kinder abstufen lässt (Sander 1998). Die überwiegende Zahl von Kindern mit Behinderung wird aber trotz dieser Angebotsvielfalt gesondert in Förderschulen beschult, die sich an der Art der Behinderung ausrichten, (dies sind ca. 4,5 Prozent aller

Schüler der Primar- und Sekundar-Stufe I, also über 400 000 Kinder und Jugendliche; Schröder 2003). Im Fall von Lernschwierigkeiten führt die Sonderbeschulung sogar oft erst zu ihrer Benennung als „behindert“ (Willenweber 2004). Jungen sind in dieser Gruppe deutlich überrepräsentiert, ebenso wie Kinder mit sozialer Benachteiligung und Migrationshintergrund. Deren Leistungen schneiden im internationalen Vergleich besonders schlecht ab (OECD 2001), während sich hinsichtlich der Lernleistungen bei integrativer Beschulung leichte Vorteile zeigen (Preuss-Lausitz 1997a). Allerdings werden Kinder mit Lern- und Verhaltensproblemen in integrierten Schulen von ihren Mitschülerinnen und Mitschülern am wenigsten akzeptiert (Hinz u. a. 1998; Preuss-Lausitz 1997b; Wischer 2001). Die neueste Fachdiskussion reflektiert die Schulentwicklung unter dem Aspekt ihrer Teilhabe fördernden Wirkung. Hierfür werden Indices erarbeitet, die der Maßgabe folgen, Lernen und Teilhabe für alle Schülerinnen und Schüler zu verbessern, zugleich aber den Prozess der Schulentwicklung selbst als Teilhabegeschehen zu gestalten (Hinz 2005).

Die Angaben der amtlichen Schulstatistik weisen sowohl in Förderschulen als auch in Regelschulen integrativ beschulte Jungen und Mädchen aus (vgl. Tab. 7.4).

Vergleicht man die Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit sonderpädagogischer Förderung mit Heranwachsenden im schulpflichtigen Alter (6 bis unter 15 Jahre) ohne sonderpädagogischen Förderbedarf, ergibt sich ein Anteil von 6,5 Prozent (Westdeutschland 6 Prozent; Ostdeutschland einschl. Berlin: 10,0 Prozent) von Heranwachsenden mit Behinderung an der altersgleichen Bevölkerung am 31. Dezember 2006 in Deutschland. Grenzt man diesen Anteil der Heranwachsenden mit Behinderung noch weiter ein, indem die Schüler/Schülerinnen mit eher sozialpädagogisch-orientierten Förderschwerpunkten „Lernen“ und „emotionale und soziale Entwicklung“ von der Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen mit sonderpädagogischer Förderung abgezogen werden, reduziert sich der Anteil von Heranwachsenden mit geistigen und körperlichen Behinderungen auf ca. 2,8 Prozent (Westdeutschland: 2,6 Prozent; Ostdeutschland einschl. Berlin: 3,8 Prozent). Dieser Wert entspricht in etwa auch Angaben, wie sie im KiGGS mit etwa 2 Prozent aller Kinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung gemacht werden (Kamtsirius u. a. 2007).

Tabelle 7.4

**Schüler und Schülerinnen (6 bis 15 Jahre) mit sonderpädagogischer Förderung (Integrationsschüler/-innen⁵¹ und Schüler/innen an Förderschulen) nach Förderschwerpunkten im Schuljahr 2006/2007
(ohne Schüler/innen in Klassen für Kranke)**

	zusammen	Lernen	Sehen	Hören	Sprache	körperliche und motorische Entwicklung	geistige Entwicklung	emotionale und soziale Entwicklung	Förderschwerpunkt übergreifend	Keinem Förder-schwerpunkt zugeordnet
Deutschland	470.886	223.864	6.770	13.820	49.475	28.784	75.464	47.591	13.093	12.025
Westdeutschland	368.820	172.351	5.562	11.480	37.159	23.796	57.806	35.791	12.941	11.934
Ostdeutschland einschl. Berlin	102.066	51.513	1.208	2.340	12.316	4.988	17.658	11.800	152	91

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008c)

Unter Berücksichtigung der verschiedenen amtlichen Quellen, die Behinderung in der Altersgruppe der 6- bis unter 15-Jährigen ausweisen, ist zusammenfassend davon auszugehen, dass zwischen 1,2 Prozent und 6,5 Prozent der Heranwachsenden dieser Altersgruppe von mindestens einer der genannten Formen von Behinderung betroffen sind (Statistisches Bundesamt 2007b, eigene Berechnungen). Diese Zahl würde sich noch erhöhen, wenn man die eingangs beschriebenen Jungen und Mädchen mit speziellen Versorgungsbedarfen den Heranwachsenden mit Behinderungen zurechnete.

7.2.4 Auswirkungen von besonderen Versorgungsbedarfen, chronisch-somatischen Erkrankungen und Behinderungen auf den sozialen Nahraum

Insbesondere einem guten körperlichen Gesundheitszustand (d. h. ohne schwerwiegende Krankheiten oder Beeinträchtigungen) wird für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine Schutzfunktionsfunktion in dem Sinne beigemessen, dass dieser die Voraussetzung für altersangemessene Entwicklungsprozesse in anderen Bereichen (z. B. des Sozialverhaltens) ist (Werner/Smith 2001). Gerade aber Kinder und Jugendliche mit einem

speziellen Versorgungsbedarf, mit einer chronisch-körperlichen Erkrankung oder mit einer Behinderung haben im Unterschied zu gesunden Gleichaltrigen deutlich schlechtere Ausgangsbedingungen für eine altersangemessene Entwicklung, da ihre Einschränkungen tief greifend auch ihre psychische und soziale Entwicklung beeinflussen können. Betroffene erfahren Einengungen in ihren Alltagsaktivitäten und häufig eine beständige Abhängigkeit von medizinischer Unterstützung. Eine ungenügende Bewältigung der krankheitsbegründeten Belastungen und Beschränkungen kann aber nicht nur den Krankheitsverlauf verschlechtern, sondern außerdem das Selbstwert- und Kompetenzerleben beeinträchtigen bis hin zum Risiko der Entwicklung einer psychischen Begleiterkrankung (Noeker/Petermann 2008; Seiffge-Krenke/Skaletz 2006). Zudem sind die Angehörigen über die Verwicklung in den Bewältigungsprozess des erkrankten Kindes zusätzlich in ihrer persönlichen Lebensperspektive berührt. Geschwister stehen häufig im Konflikt zwischen Rücksichtnahme auf die Interessen der/des kranken Schwester/Bruders und der Sorge, dass eigene Anliegen nicht genügend wahrgenommen werden. Sie antworten auf diese Belastungssituation häufig mit sozialem Rückzug oder psychosomatischen Beschwerden (z. B. Stressschmerz). Eltern erleben zusätzliche finanzielle Belastungen, Einschränkungen in Erwerbstätigkeit und Freizeitgestaltung, schwierige organisatorische Anforderungen bei der Bewältigung von Behandlungsterminen und bürokratische Barrieren. Sie müssen nicht nur mit eigenen Ängsten fertig werden, sondern sich die nötigen – und ihnen zustehenden – Therapien und Unterstüt-

⁵¹ Nachweis von Bildungsbereichen aufgrund von fehlendem Datenmaterial nicht vollständig; kein Nachweis von Integrationsschüler/-schülerinnen in Niedersachsen und im Saarland.

zungsleistungen oft hart erkämpfen. In der Erziehung behinderter und chronisch kranker Heranwachsender kann es zudem zur Überforderung des Kindes, häufiger aber zu einer falsch verstandenen Hilfe oder Überfürsorge kommen (Günter 2004; Sarimski 2002).

Unter dem Gesichtspunkt der Teilhabemöglichkeiten von Kindern mit Behinderungen kommt im sozialen Nahraum vor allem den Kindertageseinrichtungen eine bedeutsame Rolle zu, die von anderen Institutionen wie der Schule nicht erreicht wird: 49 695 Kinder mit Behinderungen im Alter von drei Jahren bis zum Schuleintritt besuchen Regelkindertageseinrichtungen. Der überwiegende Teil dieser Kinder ist körperlich oder geistig behindert; seelisch behinderte Kinder werden erheblich seltener dort betreut (Riedel 2007).

7.2.5 Stresserleben und Lebensqualität

Im Kindesalter können bestimmte Stressfaktoren und Belastungssituationen die psychosoziale Entwicklung und

das physische und psychische Wohlbefinden negativ beeinflussen. Potenzielle Belastungssituationen sind die (gesundheitsrelevanten) Entwicklungsaufgaben (z. B. sich in der Schule bewähren, Beziehungen zu anderen eingehen), kritische Lebensereignisse (z. B. Scheidung der Eltern) und alltägliche Belastungen (z. B. kranker Elternteil, schulische Überforderung; Bilz 2008; Seiffge-Krenke 2006, 2008a).

Wenn Stress wiederholt auftritt und keine mildernden Schutzfaktoren vorhanden sind bzw. entwickelt werden (wie z. B. durch die Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, durch ein unterstützendes Netzwerk von Freunden und Familie, Schaffung von Freiräumen und Entspannung etc.), können Stressauswirkungen chronisch werden. Es entstehen Beanspruchungssymptome, die in bestimmten Situationen (oder sogar situationsübergreifend) regelmäßig auftreten (Lohaus/Klein-Heßling 2001). Die Symptome können sich auf der körperlichen Ebene (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen, Ein- und Durchschlafstörungen, Erschöpfung), der gedanklich-emotionalen

Exkurs 7.1 Kinder psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern

Über die Prävalenz dauerhaft psychisch kranker Eltern lassen sich bislang keine verlässlichen Angaben machen. Die vorliegenden Studien und Schätzungen zeigen aber übereinstimmend, dass Kinder langfristig kranker Eltern keine Randgruppe darstellen. Konservativ geschätzt sind etwa 1,6 Mio. Minderjährige in Deutschland vom Erleben psychischer Krankheit bei einem oder bei beiden Elternteilen betroffen (eigene Berechnungen nach Schmid u. a. 2008).

Von zeitweiser oder dauerhafter elterlicher Alkoholabhängigkeit/-missbrauch sind etwa 2,65 Mio. Heranwachsende unter 18 Jahren zeitweise oder dauerhaft betroffen (Klein 2008). Mehr als ein Drittel der Drogenabhängigen in Deutschland hat Kinder; konservativ geschätzt ist davon auszugehen, dass in Deutschland bis zu 50 000 Kinder drogenabhängiger Eltern leben. Über die Zahl der Kinder von Eltern mit Suchtproblemen wie Spielsucht oder Internetsucht liegen keine gesicherten Angaben vor (Lenz 2008a). Etwa 4,1 Prozent der Kinder im Alter von 4 bis 17 Jahren haben einen Elternteil mit einer langfristigen körperlichen Erkrankung, wobei Krebserkrankungen etwa ein Drittel der Fälle ausmachen (Barkmann u. a. 2007).

Das Aufwachsen mit einem oder gar zwei kranken Eltern ist für Heranwachsende mit einer deutlichen Zunahme an stressbesetzten alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld verbunden (Lenz 2008a; Mattejat/Remschmidt 2008; Möller u. a. 2008). Insbesondere die Schwere der Erkrankung und die damit parallel auftretenden psychosozialen Beeinträchtigungen wirken sich negativ auf die Interaktion zwischen dem Kind und dem betroffenen Elternteil aus (Kölch 2008; Pollak u. a. 2008). Zentrale Probleme von Familien mit kranken Elternteilen sind zum einen das erhöhte Risiko der genetischen Übertragung der elterlichen Erkrankung, zum anderen begünstigen elterliche Erkrankungen das (kumulierte) Auftreten von Belastungsfaktoren wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation sowie eingeschränkte Lebensbedingungen (z. B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten und problematische Wohnverhältnisse; Franz 2005; Krumm u. a. 2005; Romer u. a. 2005). Häufig ist in den betroffenen Familien auch eine Rollenumkehr zu beobachten, indem die Kinder eine Eltern- oder Partnerfunktion für die Eltern übernehmen und Verantwortung für ganze Lebensbereiche wie Haushaltsführung oder Betreuung jüngerer Geschwister übernehmen. Zu beobachten ist auch, dass die Kinder ihr Verhalten am Tagesablauf und an den Bedürfnissen des erkrankten Elternteils ausrichten (Kölch 2008; Lenz 2008a; Möller u. a. 2008). In solchen Familienkonstellationen ist schnell eine Überforderungs- und Belastungsschwelle für Heranwachsende erreicht, jenseits derer eine Beeinträchtigung der Lebensqualität und der emotionalen und psychischen Entwicklung droht (Kölch u. a. 2008a; Pollak u. a. 2008). Wenn Eltern unter einer ernsthaften Erkrankung leiden, zeigen Kinder und Jugendliche aller Altersstufen ein erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychische Störungen und Suchtmittelabhängigkeit (Lenz 2008a; Mattejat/Remschmidt 2008; Sills u. a. 2007).

Ebene (z. B. Beeinträchtigung schulischer Leistungen, Antriebslosigkeit, Auftreten von Ängsten) und der verhaltensbezogenen Ebene (z. B. körperliche Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten) äußern (Lohaus/Seiffge-Krenke 2007). Kopf- und Bauchschmerzen gehören zu den häufigsten Beanspruchungssymptomen im Kindes- und Jugendalter (Noeker 2008); nach Angaben des LBS-Kinderbarometers sind von den 9- bis 14-Jährigen 33 Prozent häufig von Stresskopfschmerzen und 22 Prozent häufig von Stressbauchschmerzen betroffen (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007). Auch aus dem KiGGS lassen sich Aussagen zur Schmerzprävalenz und damit in Zusammenhang stehend zu Beanspruchungssymptomen machen (vgl. Tab. 7.5).

Tabelle 7.5

Auftretenshäufigkeit von Schmerzen in den letzten drei Monaten bei Kindern zwischen 7 und 10 Jahren (Prävalenzangaben in Prozent)

Befunde
gesamt: 66,9 % Mädchen: Kopfschmerzen (zunehmend zwischen etwa 34 und 41 %), Bauchschmerzen (abnehmend zwischen etwa 44 und 39 %) Jungen: Bauchschmerzen abnehmend zwischen etwa 32 und 25 %; Kopfschmerzen zunehmend zwischen etwa 30 % (7 Jahre) 25 % (8 Jahre) und 37 % (10 Jahre)

Quelle: Ellert u. a. 2007 (7 bis 10 Jahre); MH: Migrationshintergrund

Im Alter von 7 bis 10 Jahren berichten bereits zwei Drittel aller Kinder von Schmerzen in den letzten drei Monaten. Auffällig ist die rapide Zunahme von Kopfschmerzen bei Mädchen und Jungen ab dem 5./6. Lebensjahr mit einer kontinuierlichen Zunahme bei den Mädchen bis zum 17. Lebensjahr und bei den Jungen bis zum 10. Lebensjahr (Ellert u. a. 2007).

Stresskopfschmerzen und Stressbauchschmerzen stehen in einer engen Beziehung zueinander; d. h. je mehr Kinder unter einem dieser Schmerzen leiden, desto eher leiden sie auch unter dem anderen. Stressschmerzen werden von den betroffenen Kindern zudem häufig als krank machend erlebt und nicht nur als leichte Beeinträchtigung des Wohlbefindens (z. B. gehen Kinder, die unter Stresskopfschmerzen leiden, häufiger auch dann zur Schule, wenn sie sich krank fühlen). Zudem weisen Stressschmerzen einen negativen Zusammenhang mit dem Ausmaß des erlebten Wohlbefindens in den Bereichen Familie und Schule auf. Weiter zeigen Kinder, die unter häufiger Stressbelastung leiden, öfter als Kinder mit geringer Belastung ein Essverhalten, das durch den

häufigen Konsum von Süßwaren und Fast Food gekennzeichnet ist, was als ein Hinweis auf Stressregulierung durch Nahrungsmittelkonsum verstanden werden kann (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007).

Eng in Zusammenhang mit dem Konzept von Stress steht das Erleben von gesundheitsbezogener Lebensqualität, das sich auf körperliche, gedanklich-emotionale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit stützt. Gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand (Ravens-Sieberer u. a. 2007a). Nach Ergebnissen des LBS-Kinderbarometers 2007 haben mit 93 Prozent die allermeisten Kinder in Deutschland ein positiv ausgeprägtes Gefühl des Wohlbefindens, nur eine kleine Gruppe (7 Prozent) berichtet diesbezüglich über ein negatives Gefühl. Besonders ausgeprägt ist das Wohlbefinden im Freundeskreis, in der Schule ist dagegen der Anteil der Kinder mit niedrigem Wohlbefinden (13 Prozent) am größten (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007). In eine ähnliche Richtung weisen auch Ergebnisse des DJI-Kinderpanels zu schulischem Wohlbefinden, das bei Kindern in den ersten Klassenstufen noch relativ ausgeprägt, aber mit steigender Verweildauer in der Schule rückläufig ist (Gisdakis 2007). Sowohl das allgemeine Wohlbefinden wie auch das Wohlbefinden in Familie und Schule sinken mit steigendem Alter der Kinder merklich (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007). Zu etwas anderen Ergebnissen kommt der KiGGS, welcher zur Beschreibung von Wohlbefinden die diesem Begriff inhaltlich sehr ähnliche Kategorie der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität verwendet. Danach zeigen Kinder (laut Selbstausskunft wie auch nach Elternangaben) mit höheren sozialen Status eine höhere generelle Lebensqualität als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder niedrigen Sozialstatus. Die aktuellen Kinderstudien (Alt 2008, LBS-Kinderbarometer 2007, World Vision Studie 2007) kommen aufgrund der jeweils befragten Kinder zu dem Ergebnis, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder ihre Familie und ihre Umwelt positiv bewerten. „Vor dem Hintergrund, dass jedes fünfte Kind in prekären Verhältnissen aufwächst, ist ein Prozentsatz von 96 Prozent glücklicher Kinder schwer nachvollziehbar. Es zeigt sich, (...) wie groß das Vermögen, aber auch das Potenzial der Kinder ist, aus allem das Beste machen zu können. Wenn wir es lernen, sie darin besser zu verstehen, können wir sie dabei künftig besser unterstützen“ (Alt 2008a).

Bei den 7- bis 10-Jährigen verfügen Kinder mit Migrationshintergrund nach Angaben ihrer Eltern über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Auch verhaltensauffällige Kinder und Kinder, die häufig unter Schmerzen leiden, weisen eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Mädchen und Jungen ohne diese Einschränkungen (Ravens-Sieberer u. a. 2007a).

Vermutlich steht das Ausmaß gesundheitsbezogener Lebensqualität auch in Zusammenhang mit bestimmten Aspekten des familiären Zusammenlebens, die entscheidende Ressourcen für Heranwachsende darstellen und die Effekte von Risikobedingungen wie Stress abmildern helfen. Zu diesen Ressourcen zählen ein offenes, unterstützendes Erziehungsklima, das gekennzeichnet ist durch Zuwendung, Wärme und Unterstützung der Eltern im Hinblick auf ihr Kind, Wahrnehmung von dessen subjektiven Bedürfnissen, eine offene Kommunikation und Achtung seiner Einstellungen, aber auch durch elterliche Konsequenz. Kinder und Jugendliche mit solchen Erfahrungen verfügen über eine hohe soziale Kompetenz, haben gute schulische Leistungen und weniger emotionale und Verhaltensprobleme. Weitere wichtige Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung liegen in einem positiven familiären Zusammenhalt, verstanden als das Ausmaß an emotionaler Verbundenheit und Loyalität zwischen den Familienmitgliedern sowie ein hohes Ausmaß an gemeinsam verbrachter Zeit bei gleichzeitigem Zugeständnis von genügend Autonomie des Kindes zur Gestaltung von Freundschaften und Aktivitäten außerhalb der Familie (Sheridan u. a. 2006).

Das Interesse der Eltern an ihrem Kind hat vor allem Einfluss auf dessen schulischen Bildungserfolg. Durch aktive Beteiligung der Eltern am schulischen Geschehen wird dem Heranwachsenden eine wertschätzende Haltung gegenüber der Schule vermittelt. Daraus resultieren ein regelmäßiger Schulbesuch, weniger Verhaltensprobleme, eine Verbesserung der Arbeitshaltung in der Hausaufga-

bensituation und eine Steigerung der Schulleistungen (Christenson/Sheridan 2001).

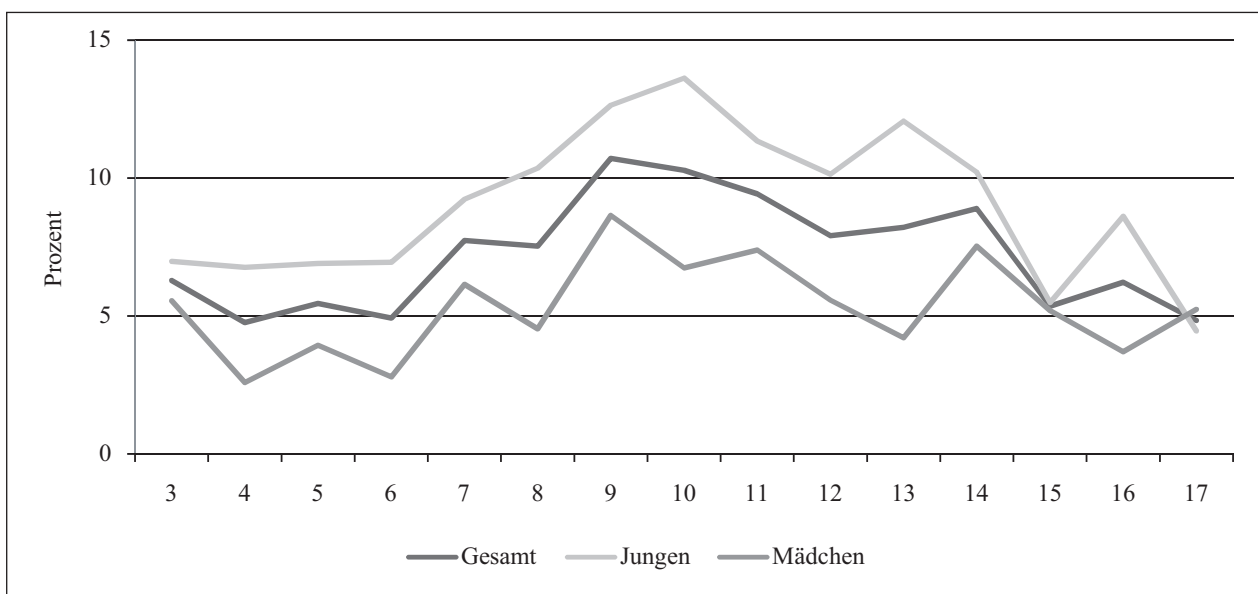
Verfügen die Eltern über ein positives Bewältigungsverhalten im Umgang mit Stress und schwierigen Lebenssituationen, kann dies für Kinder und Jugendliche Vorbildfunktion für die Entwicklung einer realistischen Sichtweise der eigenen Person und der sozialen Umwelt haben (Werner/Smith 2001).

7.2.6 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten

Im KiGGS wurden Verhaltensauffälligkeiten anhand eines Eltern-Fragebogens erfasst, jedoch ganz überwiegend keine Diagnosen erfragt. Daher müssen die nachfolgend dargestellten Zahlen vorsichtig und nicht im Sinne konkreter Prävalenzschätzungen, sondern eher als Risikogruppenidentifizierung interpretiert werden (Hölling u. a. 2007). Unter psychischen Auffälligkeiten werden hier emotionale Probleme (Ängste, Depression) sowie Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen (d. h. aggressives, dissoziales, hyperaktives Verhalten) verstanden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder in der Altersgruppe von 6 bis 12 Jahren in Deutschland keine Symptome von Verhaltensauffälligkeiten zeigt (vgl. Tab. 7.6). Dennoch werden Verhaltensauffälligkeiten für die Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen von den Eltern deutlich häufiger angegeben als für Kinder im Vorschulalter und für 14- bis 17-Jährige (vgl. Abb. 7.1).

Abbildung 7.1

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Ausprägung „auffällig“) der 3- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 55

Tabelle 7.6

Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 7- bis 10-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)⁵²

	Befunde
Gesamt	psychisch unauffällig: 82,6 % grenzwertig auffällig: 8,4 % auffällig: 9,0 %
Geschlecht	Jungen: 21,6 % Mädchen: 13,0 %
Migrationshintergrund	mit MH: 23,6 % ohne MH: 16,4 %
Sozialstatus	niedriger ST: 28,5 % mittlerer ST: 15,4 % hoher ST: 10,0 %

Quelle: Hölling u. a. 2007 MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Besonders auffällig ist die hohe Rate der Kinder mit Migrationshintergrund und mit niedrigem Sozialstatus, deren Eltern über Symptome von Verhaltensauffälligkeiten berichten. Dabei könnten diese erhöhten Werte zum Teil auch durch negative Selbst- und Fremdzuschreibungen bedingt sein. Gleichzeitig liegen für Kinder mit Migrationshintergrund seltener ADHS-Diagnosen vor (vgl. Kap. 7.2.7), und auch der von den Eltern angegebene besondere Versorgungsbedarf (vgl. Kap. 7.2.1) ist geringer. Beides deutet darauf hin, dass Familien mit Migrationshintergrund seltener Zugang zu (adäquaten) medizinischen, therapeutischen und Kinder- und Jugendhilfe-Angeboten finden, oder aber Lebhaftigkeit und Bewegungsbedürfnisse kulturell unterschiedlich bewertet werden (Leuzinger-Bohleder u. a. 2007).

Insgesamt sind Jungen in diesem wie in jedem anderen Alter stärker von Verhaltensauffälligkeiten betroffen als Mädchen. Bei einer Unterscheidung nach Problemlagen fällt jedoch auf, dass Jungen und Mädchen annähernd gleich mit emotionalen Problemen belastet sind, während die Jungen stärker als Mädchen Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen haben (vgl. Tab. 7.7, die eine differenzierte Darstellung der einzelnen Problembereiche gibt, die als gewichtete Subskalen in die in Tabelle 7.6 dargestellten Gesamtwerte der psychischen Auffälligkeiten einfließen).

Auch Tabelle 7.7 stellt keine konkreten Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten dar, sondern gibt Hinweise auf Risikogruppen in den einzelnen Bereichen der psychischen Gesundheit.

⁵² Die Daten für auffälliges und grenzwertiges Verhalten wurden ab der 4. Zeile der Tabelle zusammengezogen.

Tabelle 7.7

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 6- bis 12-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)⁵³

	Befunde
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	gesamt: 18,3 % Jungen: 18,6 % Mädchen: 18,0 % mit MH: 20,1 % ohne MH: 18,0 % niedriger ST: 26,0 % mittlerer ST: 16,9 % hoher ST: 13,1 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	gesamt: 29,9 % Jungen: 35,2 % Mädchen: 24,4 % mit MH: 35,4 % ohne MH: 28,9 % niedriger ST: 41,4 % mittlerer ST: 27,2 % hoher ST: 22,7 %
Hyperaktivitätsprobleme	gesamt: 17,9 % Jungen: 23,2 % Mädchen: 12,2 % mit MH: 20,7 % ohne MH: 17,3 % niedriger ST: 25,4 % mittlerer ST: 17,7 % hoher ST: 10,7 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	gesamt: 21,2 % Jungen: 24,2 % Mädchen: 17,9 % mit MH: 36,3 % ohne MH: 18,4 % niedriger ST: 32,4 % mittlerer ST: 18,4 % hoher ST: 14,2 %
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten ⁵⁴	gesamt: 8,6 % Jungen: 11,0 % Mädchen: 6,1 % mit MH: 10,0 % ohne MH: 8,3 % niedriger ST: 10,2 % mittlerer ST: 8,7 % hoher ST: 6,9 %

Quelle: Hölling u. a. 2007; ST = Sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

⁵³ Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

Ein überwiegend sozial angemessenes, positives Verhalten führt dazu, dass Kinder und Jugendliche von ihrer sozialen Umwelt vermehrt als angenehm im Kontakt erlebt werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für stabile Kontakte zu den unterschiedlichsten Bezugspersonen in der Lebenswelt von Heranwachsenden (Werner/Smith 2001).

7.2.7 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS/ ADS) sind chronisch verlaufende psychische Störungen und durch ein durchgängiges Muster der Kernsymptome Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörungen, Ablenkbarkeit), Hyperaktivität (motorische Unruhe) und Impulsivität gekennzeichnet. Im KiGGS wurden die Eltern danach gefragt, ob ihr Kind jemals eine professionelle ADHS-Diagnose erhalten habe. Dies traf im Vorschulalter für 1,5 Prozent aller Kinder zu. Mit dem Schuleintritt erhöht sich diese Rate deutlich. Dabei ist allerdings kritisch zu hinterfragen, wieweit wenig kindgerechte Verhältnisse in der Schule diese Diagnose begünstigen und wieweit diese wirklich immer fundiert gestellt wird (vgl. Kötten 2007). Bei den 11 bis 13-Jährigen wird am häufigsten ADHS diagnostiziert (Schlack u. a. 2007); Auswertungen auf der Basis von Krankenversichertendaten geben einen Näherungswert von 500 000 der unter 18-Jährigen mit ADHS in Deutschland an (KKH 2008). Jungen sind in allen Altersgruppen deutlich häufiger betroffen als Mädchen (Schlack u. a. 2007). Für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund wurde seltener eine solche Diagnose gestellt als für Kinder ohne Migrationshintergrund, jedoch werden bei ihnen häufiger Verdachtsfälle⁵⁴ festgestellt (vgl. Tab. 7.8).

⁵⁴ Bei den Verdachtsfällen liegt keine ärztlich/psychologisch gestellte Diagnose vor; jedoch können anhand der von den Eltern berichteten Verhaltensprobleme Verdachtsfälle identifiziert werden.

Tabelle 7.8

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei 7- bis 10-Jährigen

	Befunde
Kinder mit manifester Diagnose	gesamt: 5,3 % Jungen: 8,7 %; Mädchen: 1,9 % niedriger ST: 7,3 % hoher ST: 3,4 % mit MH: 2,9 %; ohne MH: 5,7 %
Verdachtsfälle aufgrund ausgewählter Symptome	Jungen: 8,0 %; Mädchen: 4,8 % Niedriger ST: 10,7 % Hoher ST: 4,1 % Mit MH: 8,1 %; ohne MH: 6,2 %

Quelle: Schlack u. a. 2007; ST = Sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

In der Genese von ADHS wird eine multikausale, biopsychosoziale Perspektive angenommen. Als prädisponierende Faktoren auf der biologischen Ebene gelten genetische Ursachen und organische Risikofaktoren (z. B. Frühgeburtlichkeit; Huss 2008). Erschwerende psychosoziale Umstände (z. B. gewaltgeprägtes Erziehungsverhalten, psychische Erkrankung der Eltern, soziale Ablehnung in der Schule durch Lehrer/Gleichaltrige) bewirken einen ungünstigen Einfluss auf den Störungsverlauf (Gadow 2007). Kinder mit früh im Entwicklungsverlauf auftretenden ADHS/ADS-Symptomen haben ein beträchtliches Risiko für fortgesetzte Verhaltensprobleme, schlechte Schulleistungen, delinquente Verhaltensformen und eine eingeschränkte allgemeine Lebensqualität (Beelmann/Raabe 2007; Huss 2008; Mattejat u. a. 2005; Schmeck 2004; Vloet u. a. 2006); daher sind eine frühe Identifikation mehrfach problembelasteter Kinder und vor allem frühe Hilfen von gesellschaftlichem Interesse.

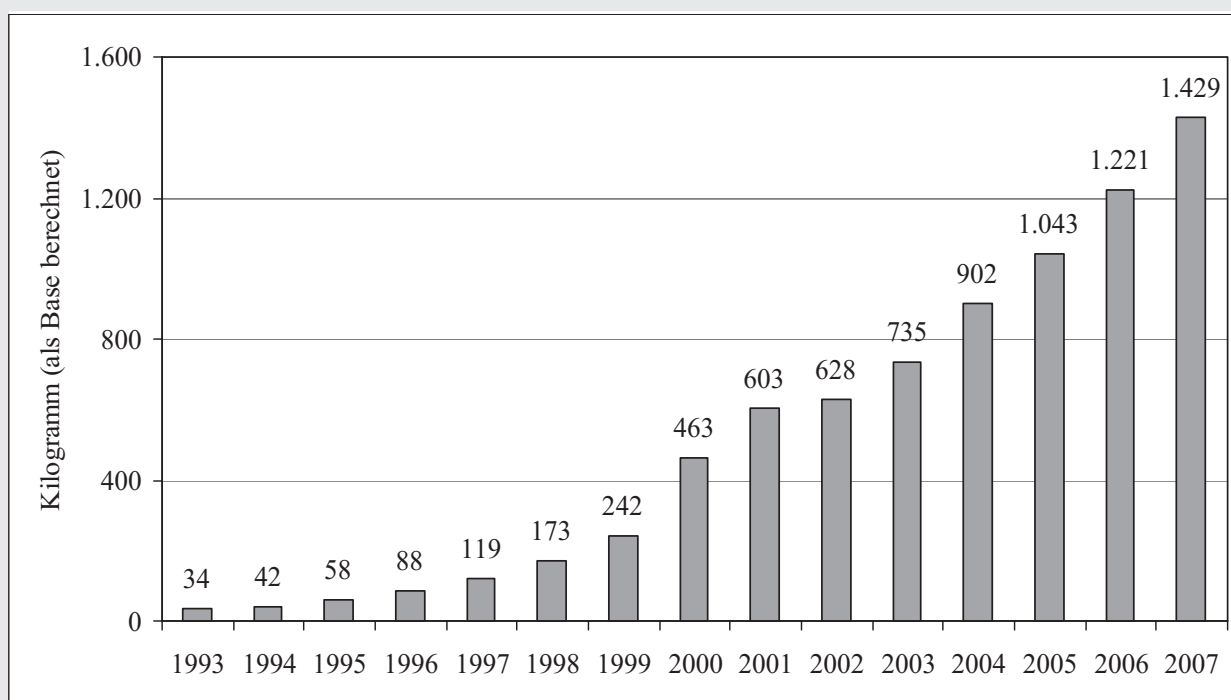
Exkurs 7.2 Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen

Die Therapie mit Psychopharmaka ist bei speziellen Symptomen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter Teil eines mehrere Ebenen umfassenden Behandlungskonzeptes, das auch begleitende psychotherapeutische Behandlungen und Ansätze im sozialen Nahraum einschließt – oder zumindest sollte es so sein. Dies gilt im Besonderen für ADHS, aber auch für Angsterkrankungen und depressive Störungen (Gerlach/Wewetzer 2008). Die Verordnungszahlen für auf das Nervensystem wirkende Arzneimittel steigen in den letzten Jahren kontinuierlich (Glaeske/Janhsen 2007). Laut den Erhebungen des KiGGS gehören diese Medikamente mit 7,9 Prozent zu den am häufigsten angewandten Medikamenten bei unter 18-Jährigen (Knopf 2007). Insbesondere im Zusammenhang mit der Verordnung

von Psychostimulanzien⁵⁵ des Wirkstoffs Methylphenidat (Handelsname: z. B. Ritalin® oder Medikinet®) bei ADHS ist das Thema ins öffentliche Bewusstsein gelangt. Die Verordnungen von Methylphenidat haben im Laufe des letzten Jahrzehnts in Deutschland drastisch zugenommen (vgl. Abb. 7.2), und Experten befürchten derzeit eine Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Heranwachsenden (Fegert u. a. 2002; Kölch u. a. 2008b). Vor allem in der Altersspanne zwischen 7 bis unter 14 Jahren stehen Psychostimulanzien auf vorderen Plätzen der Verordnungs- und Ausgabezahlen im Jahr 2007, wobei sie in der Altersgruppe der 11- bis 14-Jährigen an der Spitze der Verordnungen noch vor Präparaten gegen Erkältungskrankheiten liegen (Janhsen 2008). Die folgende Abbildung zeigt die Zunahme des Verbrauchs methylphenidathaltiger Arzneimittel in den letzten Jahren.

Abbildung 7.2

**Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form
von Fertigarzneimitteln**



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM 2008

Nach *Döpfner* (2008) bewirkt die Gabe von Methylphenidat bei der überwiegenden Mehrheit der Betroffenen einen Rückgang der beobachtbaren Symptome, ohne aber eine physische oder psychische Abhängigkeit der Betroffenen von diesem Wirkstoff zu erzeugen. Problematisch können jedoch Gewöhnungseffekte im Sinne einer schulischen Leistungssteigerung (Sahakian/Morein-Zamir 2007) oder der Erwerb einer Tendenz, Probleme durch Medikamenteneinnahme lösen zu wollen, sein. Insbesondere das weite Spektrum der methylphenidathaltigen Medikamente verordnenden Ärztinnen und Ärzte (neben Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin/-psychiatrie sind dies auch in zunehmendem Maße Allgemeinmediziner und Internisten) gibt der Vermutung Nahrung, dass oft leichtfertig (evtl. auf Drängen von Eltern oder anderen Bezugspersonen) versucht wird, mit methylphenidathaltigen Arzneimitteln eine Verbesserung der „Auffälligkeiten“ von Heranwachsenden herzustellen, ohne dass eine ausreichende Diagnose vorliegt. Zudem sind die langfristigen Konsequenzen der Therapie bisher nicht genau abschätzbar (Fegert u. a. 2002). Zu berücksichtigen ist auch die Gefahr einer „Medizinalisierung sozialer Probleme“ durch Medikamentengaben als Pseudo-Problemlösung (Leuzinger-Bohleber u. a. 2007, Köttgen 2007), die sich auch die Heranwachsenden zueigen machen.

⁵⁵ Psychostimulanzien sind pharmakologische Substanzen, die durch eine direkte Beeinflussung des Zentralnervensystems Erleben und Verhalten beeinflussen können. Bei gesunden Menschen wirken Psychostimulanzien psychisch anregend und können den Antrieb steigern. Bei Menschen mit ADHS haben sie einen ausgleichenden Effekt. Die Verordnung von Psychostimulanzien unterliegt in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz.

Von besonderer Problematik der Medikamentengabe an Kinder und Jugendliche in Deutschland ist zudem, dass viele Arzneien für diese Altersgruppe nicht exakt geprüft sind, Dosisangaben und Hinweise auf mögliche Wechselwirkungen nicht vorliegen (z. B. gibt es trotz der Verwendung von Methylphenidat seit den 1940er-Jahren kaum Studien über dessen genauen Wirkmechanismus und Spätfolgen; Fegert u. a. 2002). Viele Mittel (z. B. Antidepressiva), die eigentlich für Erwachsene bestimmt sind, sind aber auch für Kinder und Jugendliche unverzichtbar (Richter-Kuhlmann 2008). Andererseits ist kritisch anzumerken, dass methylphenidathaltige Arzneien in Deutschland nur für die Altersgruppe der unter 18-Jährigen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassen sind; aufgrund des chronischen Verlaufs der Krankheit können deshalb (junge) Erwachsene Schwierigkeiten mit einer angemessenen Medikamentenversorgung haben.

7.2.8 Angststörungen

Die Mehrzahl der Mädchen und Jungen erlebt im Verlaufe ihrer Entwicklung ein bestimmtes Ausmaß an Angst. Meistens sind diese Ängste relativ gering, auf eine Altersphase bezogen, von passagerer Natur und stehen in einer engen Beziehung zur geistigen Entwicklung der Kinder (Essau u. a. 2003). Von daher werden Ängste erst dann als klinisch bedeutsam eingeordnet, wenn diese ausgeprägte und dauerhafte Beeinträchtigungen für den heranwachsenden beinhalten, unabsehbar eine altersentsprechende Entwicklung hemmen oder Probleme im sozialen Nahraum (z. B. Familie, Schule etc.) bewirken (Schneider 2003a).

Tabelle 7.9

Auftretenshäufigkeit von Angststörungen bei 7- bis 10-jährigen Kindern (Auskunft der Eltern, Angaben in Prozent)⁵⁶

	Befunde
gesamt	9,3 %
Geschlecht	Mädchen: 10,0 % Jungen: 10,1 %
Wohnregion	Ost: 9,7 % West: 10,1 %
sozialer Status	niedriger ST: 12,9 % mittlerer ST: 10,1 % hoher ST: 8,0 %

Quelle: Ravens-Sieberer u. a. 2007b; ; ST = Sozialer Status

Es wird eine multifaktorielle Genese von Angsterkrankungen angenommen. Als Risiko gelten dispositionell-genetische Ursachen (z. B. Überängstlichkeit) in Wechselwirkung mit angstverstärkenden Faktoren im sozialen Nahraum (z. B. inkonsistentes elterliches Erziehungsver-

halten, Gewalterfahrungen mit z. T. traumatisierenden Folgen; Blanz/Schneider 2008; Schneider 2003b).

Angststörungen sind für Kinder eine folgenreiche Belastung, führen sie doch nicht selten zu drastischen Beeinträchtigungen in der Schule (z. B. Vermeidung des Schulbesuchs) und im Kontakt mit Gleichaltrigen.

7.2.9 Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten umfassen die Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie), die Rechenstörung (Dyskalkulie) und eine Kombination beider Störungsbilder. Die Lese-Rechtschreibstörung ist definiert als umschriebene Beeinträchtigung des Erlernens von Lesen und Rechtschreibung (Warnke/Schulte-Körne 2008); Rechenstörungen umfassen spezifische Beeinträchtigungen des Rechnens (z. B. Schwierigkeiten bei grundlegenden mathematischen Operationen) und der Zahlenverarbeitung (von Aster 2008). Kinder mit Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten grenzen sich von lernbehinderten Kindern durch eine normale Intelligenz und fehlende Sinnesschädigung/neurologische Grunderkrankung ab. Im deutschsprachigen Raum schwanken die Angaben zu Lese-Rechtschreibstörung zwischen 4 bis 5 Prozent und zu Rechenstörungen zwischen 3 bis 6 Prozent (Blanz u. a. 2007; Schulte-Körne/Remschmidt 2003). Jungen sind gegenüber Mädchen häufiger von der Lese-Rechtschreibstörung betroffen, während unter der Rechenstörung beide Geschlechter in gleichem Ausmaß leiden. Tritt eine Rechenstörung hingegen zusammen mit einer Lese-Rechtschreibstörung auf, sind deutlich mehr Jungen hiervon betroffen (von Aster u. a. 2007; Warnke/Plume 2008). Bezüglich der Häufigkeit von Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten gibt es keine sozialen Statusunterschiede.

Als ursächlich für die Entstehung von Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten werden genetische Einflüsse, Aufmerksamkeitsstörungen, Beeinträchtigungen in der visuell-räumlichen Wahrnehmung und auditorisch-sprachlichen Informationsverarbeitung angenommen. Psychosoziale Einflüsse (z. B. spracharmes häusliches Milieu) und Merkmale des Schulunterrichts beeinflussen die Entwicklung, können aber allein nicht die Entstehung erklären (Blanz u. a. 2007; Warnke/Schulte-Körne 2008).

Verlaufsuntersuchungen zeigen, dass Störungen des Lesens/Rechtschreibens und des Rechnens über den Entwicklungsverlauf sehr stabil sind. Sie werden aufgrund

⁵⁶ Daten zu Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen sind nicht mit dem KiGGS, sondern mit der an KiGGS angelehnten Bella-Studie ermittelt worden. Neben Angststörungen erhebt die Bella-Studie Daten zur Auftretenshäufigkeit von psychischen Auffälligkeiten und Störungen (Depressivität, Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens) bei Kindern und Jugendlichen.

der schulischen Anforderungen meist erst in der Schule sichtbar, haben aber Vorläufer, die sich bereits im Kindergartenalter zeigen (z. B. Schwierigkeiten in der visuell-räumlichen Wahrnehmung). Mit diesen Störungen gehen des Öfteren weitere Störungen (z. B. ADHS) einher, zum anderen können Auffälligkeiten wie z. B. Delinquenz in der Folge von Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten in nachfolgenden Lebensphasen auftreten und schulisches Versagen begünstigen, das sich wiederum in einem geringen Selbstwertgefühl, zuweilen auch in depressiven Verstimmungen und aggressiven Verhaltensweisen niederschlagen kann. Dadurch sind die weitere Schulkarriere sowie die Beziehungen zu Gleichaltrigen gefährdet. Die auch durch negative Etikettierung von betroffenen Mädchen und Jungen mitbedingten Eingliederungsprobleme im schulischen Bereich führen zudem nicht selten zu niedrigen Bildungs- und Berufsausbildungsabschlüssen und einer erhöhten Arbeitslosenrate im Erwachsenenalter (Blanz u. a. 2007).

Dagegen haben gute Intelligenz/sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten und schulische Kompetenz einen Schutzfaktoreffekt für risikobelastete Heranwachsende. Dieser Effekt nimmt mit steigendem Alter zu und ist dementsprechend im Jugendalter größer als in der Kleinkindphase. Kinder und Jugendliche mit diesen Ressourcen schätzen kritische Lebensereignisse meist angemessen ein und verwenden zahlreiche und flexible Bewältigungsstrategien im Alltag und in spezifischen Notlagen (Werner 2007). Zudem erfahren Kinder und Jugendliche mit diesen Fähigkeiten viel Unterstützung von Gleichaltrigen und Lehrern.

7.2.10 Körperlich-sportliche Aktivität

Sportliche Aktivität und Bewegung sind eine Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen und gehören zu den zentralen Präventionsmaßnahmen, die einer Vielzahl von Krankheiten, (z. B. Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Störungen des Bewegungsapparates) vorbeugen können. Bewegung fördert den Stressabbau, unterstützt die psychische Gesundheit und trägt zur Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen bei. Sportliche Aktivität und Bewegung gehören neben Fernsehen zu den beliebtesten Freizeitaktivitäten von Kindern (Zerle 2007). Spezielle sportliche Talente und Interessen wirken sich bei Kindern und Jugendlichen mit bestehenden Belastungen risikomildernd aus, da die hierdurch erfahrene (soziale) Anerkennung förderlich für die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit ist (Werner/Smith 2001). Die Ergebnisse des KiGGS zeigen, dass das Kindesalter ein Lebensabschnitt „in Bewegung“ ist (vgl. Tab. 7.10).

Allerdings sind Kinder mit niedrigem Sozialstatus und Mädchen mit Migrationshintergrund am wenigsten körperlich-sportlich aktiv: Für deutlich mehr Mädchen mit Migrationshintergrund (16 Prozent) als für deutsche Mädchen (6 Prozent) wird angegeben, dass sie nur unregelmäßig oder gar nicht Sport treiben. Dagegen sind Jungen mit Migrationshintergrund (24 Prozent) häufiger an sechs bis sieben Tagen/Woche sportlich aktiv als einheimische deutsche Jungen (15 Prozent; Leven/Schneekloth 2007; vgl. Tab. 7.10).

Tabelle 7.10

Körperlich-sportliche Aktivität bei 7- bis 10-Jährigen

	Befunde
7–10 Jahre (Elternangaben)	sportliche Betätigung an ≥ drei Tagen/Woche Mädchen: 41,7 %; Jungen: 52,9 % sportliche Betätigung an ≤ zwei Tagen/Woche Mädchen: 58,2 % Jungen: 47,2 % davon keine sportliche Betätigung Mädchen: 10,6 % Jungen: 6,9 %
8–11 Jahre (Angaben von Kindern)	sportliche Betätigung an ≥ drei Tagen/Woche niedriger ST: 50 % hoher ST: 78 % sportliche Betätigung an ≤ zwei Tagen/Woche niedriger ST: 50 % hoher ST: 22 %

Quelle: Lampert u. a. 2007 (7 bis 10 Jahre); Leven/Schneekloth 2007 (8 bis 11 Jahre); ST = Sozialer Status; Differenzen aufgrund von Rundungseffekten

Auch im LBS-Kinderbarometer 2007 bilden sportliche Betätigungen von Kindern einen wichtigen Fragenkomplex. Insgesamt machen mehr als zwei Drittel der Befragten des LBS-Kinderbarometers 2007 einmal oder mehrmals die Woche Sport in einem Verein, 29 Prozent jedoch gar nicht. Mädchen beteiligen sich seltener am Vereinssport als Jungen. Auch Kinder mit Migrationshintergrund, Kinder Alleinerziehender und Kinder, deren Familien von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sowie Kinder, die sich für zu dick halten, sind seltener im Sportverein aktiv. Zudem lässt sich ein Zusammenhang mit weiteren gesundheitsfördernden Aspekten herstellen: Kinder, die häufiger Vereinssport betreiben, sind auch häufiger mit den Eltern gemeinsam sportlich aktiv, frühstücken auch öfter (regelmäßig) vor der Schule, und zudem achten die Eltern vermehrt auf eine gesunde Ernährung.

Zudem geben 83 Prozent der Kinder im LBS-Kinderbarometer 2007 an, einmal bis mehrmals in der Woche aus Spaß sportlich aktiv zu sein (z. B. Fahrrad fahren). Auch hier sind die Werte für Mädchen und Kinder mit Migrationshintergrund geringer, und auch hier gibt es einen positiven Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten gemeinsam mit ihren Eltern sowie mit gesunder Kinderernährung.

Im bundesweiten Durchschnitt hat nur knapp ein Viertel (24 Prozent) der Kinder (sehr) oft Gelegenheit, gemeinsam mit den Eltern Sport zu treiben; die überwiegende

Mehrheit (56 Prozent) hingegen nur selten bis manchmal, und immerhin 21 Prozent nie. Dabei scheint dem Alter eine wichtige erklärende Rolle zuzukommen, denn mit steigendem Alter des Kindes ist ein Rückgang der gemeinsamen sportlichen Aktivitäten zu verzeichnen (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007).

Mit steigendem Alter von Heranwachsenden nimmt nicht nur die Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten gemeinsam mit Eltern ab, sondern auch der gesamten körperlich-sportlichen Aktivität (Lampert u. a. 2007). Die bereits im Kindesalter beobachtete Tendenz, dass Heranwachsende mit einem niedrigen Sozialstatus sowie Mädchen mit einem Migrationshintergrund zu einer Risikogruppe gehören, die sich weniger als einmal in der Woche körperlich betätigt, setzt sich auch im Jugendalter fort (ebd.).

7.3 Zusammenfassung

Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren machen mit dem Eintritt in die Schule eine Vielzahl von neuen Erfahrungen. Sie werden damit konfrontiert, dass ihr Leben nun zumindest teilweise den Gesichtspunkten der Zukunfts-, Leistungs- und Zeitnutzungsorientierung unterworfen wird. Auf der anderen Seite ist die Schule ein zentraler Treffpunkt für die Gleichaltrigen ihres sozialen Nahraums. Vielfältige Möglichkeiten und Anlässe, Gleichaltrige kennen zu lernen, neue Freunde zu finden und gemeinsame Interessen zu verwirklichen sind damit ebenso verbunden wie die gegenseitige Unterstützung im Umgang mit schulischen Herausforderungen. Schulische Anforderungen wirken sich auch auf den Freizeitbereich von Kindern aus; die Zeit für das „einfach nur Kind sein“ wird immer knapper (und kostbarer). Angesichts dieser gestiegenen Anforderungen reagieren diejenigen Mädchen und Jungen, denen kaum kompensatorischen Ressourcen zur Verfügung stehen, verstärkt mit diffusen Stresssymptomen sowie mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten und bestehende chronisch-somatische Erkrankungen können diese Belastungen noch wesentlich erhöhen, wenn es im sozialen Umfeld an Ressourcen und an kompensatorischer Unterstützung mangelt. Dies kann sich ungünstig auf die schulische Leistungsfähigkeit der betroffenen Jungen und Mädchen auswirken.

Kinder mit Behinderung werden im Schulalter zunehmend vor besondere Herausforderungen gestellt: Die Erfahrung wachsender Mobilität ist ihnen oft verwehrt, ihre sozialen Kontakte werden durch die Abhängigkeit von Erwachsenen, aber auch durch die immer noch überwiegende Sonderbeschulung bestimmt. Dies führt zu deutlichen Einschränkungen in ihrer Weltaneignung. Angesichts der Probleme von benachteiligten Mädchen und Jungen wird in jüngster Zeit zunehmend eine inklusive Beschulung in einer „Schule für alle“ angestrebt, die mit den jeweils individuell besten Förderkonzepten den Verschiedenheiten von Kindern mit Behinderung, mit Migrationshintergrund oder auch mit Verhaltensauffälligkeiten besser genügen kann.

7.4 Fazit

Die Lebens- und Lernwelten von Kindern im Grundschulalter bleiben nicht unbeeinflusst von gesellschaftlichen Entwicklungen wie eine Zunahme von Leistungsorientierung und Effizienzstreben, zudem sind viele Kinder betroffen von Einschränkungen individueller Freiheiten und der Verwirklichung eigener Handlungsmöglichkeiten. Um sich aber zu gesunden Mitgliedern der Gesellschaft zu entwickeln, brauchen Kinder Lebens- und Lernbedingungen, welche ihnen das in der UN-Kinderrechtskonvention verbürgte Grundrecht auf ein gesundes Aufwachsen ermöglichen.

Kinder brauchen unabhängig davon, ob sie gesund, chronisch krank oder behindert sind, Bewegungs-, Erfahrungs- und Bildungsräume, in denen sie sich ihre Lebenswelt aneignen und diese aktiv mitgestalten können.

Kinder brauchen innerhalb des Bildungssystems Lebens- und Lernbedingungen, in denen sie sich mit ihren Kompetenzen bewähren können und in denen gesundheitliche Risiken und gesundheitsbezogene Aussonderung (z. B. von Kindern mit Behinderungen auf Förderschulen) möglichst ebenso wenig eine Rolle spielen wie Faktoren, die die Lernfreude senken (z. B. große Klassen, mangelnde persönliche Zuwendung von Lehrkräften) und zu gesundheitlichen Belastungen (z. B. Entstehung von Schulangst, Vermeidung des Schulbesuchs) führen können. Zudem brauchen Schulkinder Rahmenbedingungen, welche ihre Möglichkeiten zum sozialen Lernen unterstützen.

Soziales Lernen innerhalb der Schule, aber auch in Kontexten der non-formalen und informellen Bildung, ermöglicht es gesunden, aber auch kranken und behinderten Mädchen und Jungen, Freundschaften und befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen. Kinder brauchen hierzu Rahmenbedingungen ohne diesbezügliche Barrieren (z. B. finanzielle Ressourcen, Erreichbarkeit von Bildungsorten etc.), die einen negativen Einfluss auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können.

8 Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren

8.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: den Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden

Jugend im Sinne des Wortes verstanden als eine eigenständige Lebensphase, die die Heranwachsenden beider Geschlechter und aller sozialen Klassen und Milieus umfasst, ist ein historisch vergleichsweise junges Phänomen, das erst im 20. Jahrhundert seine heute vertraute Form annahm. Dabei war und ist bis in die Gegenwart hinein das Verständnis von Jugend immer auch durchzogen von sich wandelnden Erwartungen an Jugendliche und von gesellschaftlichen Normierungen einerseits und andererseits tief greifenden Umgestaltungen der Selbstwahrnehmungen und Auseinandersetzungsprozesse aufseiten der Jugendlichen selbst, die sich nicht zuletzt auch auf die Aspekte Gesundheit und Sexualität beziehen. Ihren Niederschlag finden die öffentlichen Erwartungen in vielfältigen Formen. Neben weithin akzeptierten Moralvorstel-

lungen finden derartige Erwartungen ihren Niederschlag u. a. in den institutionellen Arrangements (z. B. im Aufbau der Lehrpläne und den schulischen Didaktiken) und den gesetzlichen Vorgaben und Verordnungen (z. B. in Bezug auf Strafmündigkeit, Geschäftsfähigkeit, Jugendschutz etc.). Jugendlichen begegnen sie in Form konkreter, mehr oder weniger alltäglich erfahrbarer Erwartungen.

Ein kleine historische Reminiszenz mag dies verdeutlichen: Als 1906 *Wedekinds* Drama „Frühlings Erwachen – Eine Kindertragödie“ erstmals in den Berliner Kammerspielen aufgeführt wurde, gab es einen Skandal. Die öffentliche Inszenierung pubertärer Krisen galt als obszön. Hundert Jahre später scheint das Thema Pubertät offenbar noch immer und erneut die öffentliche Diskussion und die Medien zu beschäftigen.⁵⁷ Nun geht es nicht mehr um Verbotsforderungen, sondern es dominiert die Information und Aufklärung. Pubertät bzw. Adoleszenz und damit weite Teile der Jugendphase erscheinen dabei nicht nur als eine Phase schnellen körperlichen Wachstums und tief greifender Veränderungen, sondern für alle Beteiligten auch als etwas mitunter sehr Krisenhaftes und Verunsicherndes, sogar Rätselhaftes und aus der Sicht der Erwachsenen vor allem als mit den üblichen pädagogischen, auf Einsicht und Vernunft setzenden Mitteln kaum Beeinflussbares.

Doch es sind nicht nur gesellschaftliche Erwartungen und Bilder von Jugend, die an dieser Stelle eine Rolle spielen. Neben den biologisch bedingten Veränderungen muss vor allem auf die sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und verfügbaren Ressourcen einerseits sowie die individuellen Muster der Lebensführung bzw. der Bewältigung des Alltags andererseits hingewiesen werden. Dazu gehört es auch, mit den größeren eigenen Handlungsspielräumen und den vielfältigen neuen Eindrücken und Ausdrucksmöglichkeiten umgehen zu lernen. Vor diesem Hintergrund spielen eigene personale Ressourcen eine bedeutende Rolle, die für das ganze Leben, vor allem aber auch für das Jugendalter bedeutsam werden. Dazu gehören einmal selbstbezogene Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen, die in Alltagssituationen entstehen, in denen Heranwachsende eigene Optionen entwickeln und erproben können. Sie können auf diese Weise in ihren Lebenswelten Grundlagen für ihre Handlungsfähigkeit und ein Vertrauen in die eigene Handlungswirksamkeit erwerben. Von einer stabilen selbstbezogenen Kontrollüberzeugung lässt sich dann sprechen, wenn die Heranwachsenden weitgehend überzeugt sind, dass eintretende Ereignisse wesentlich das Ergebnis eigenen Handelns bzw. durch dieses zu beeinflussen sind. Sogar in der Bewältigung enttäuschender Situationen durch eigene Aktivität oder durch den Rückgriff auf die Kompetenz von Erwachsenen entwickeln Kinder und Jugendliche Vertrauen in die eigene Person (Egle/Hoffmann 2000; Werner 2007; Werner/Smith 2001). Selbstwirksamkeit gilt als ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, es umschreibt die allgemeine Überzeugung von der eigenen Kompetenz, herausfordernde Situationen aktiv und positiv zu bewältigen (Bandura 1997). Positive Selbstwirksamkeitserfahrungen erleich-

tern Kindern und Jugendlichen den Umgang mit potenziell belastenden Ereignissen und steuern zukünftiges Problemlöseverhalten. Sie haben darüber hinaus einen förderlichen Effekt auf die psychische Gesundheit und wirken sich auch auf die Bewältigung von (schulischen) Aufgaben positiv aus. So orientieren sich Kinder und Jugendliche mit einer solchen Persönlichkeitstendenz an anspruchsvollen Zielen und unternehmen große Anstrengungen, um diese Ziele auch bei auftretenden Schwierigkeiten, die sie als Herausforderung für die eigene Person interpretieren, beizubehalten (Schwarzer 1994).

Jugendliche sind – genauso wenig wie Kinder – als passive Objekte stürmischer Entwicklungen und gesellschaftlichen Drucks zu verstehen, sondern im Zusammenspiel mit den genannten Aspekten als aktive Akteure. *Fend* spricht von „Jugendlichen als Werke ihrer selbst“ (2001, S. 205 ff.). Aus diesen je individuellen Gemengelagen ergeben sich sehr unterschiedliche Wege durch die Jugendphase.

Mit dem Konzept der alterstypischen Entwicklungsaufgaben für Jugendliche wird seit einigen Jahrzehnten versucht, die notwendige Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit den gesellschaftlichen Erwartungen und den normierenden Bildern des Jugendalters prägnant zu bündeln.⁵⁸ In der Fachliteratur existiert mittlerweile eine Reihe von Vorschlägen, welches denn nun die typischen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters in der Gegenwart sind. Auch wenn sich diese im Detail und in der Sortierung unterscheiden, so lassen sich doch für die Jugendphase charakteristische Entwicklungsaufgaben ausmachen. Auf der Basis eines breiten Forschungsüberblicks unterscheidet z. B. *Fend* (2001) folgende sieben Aufgaben: Den Körper bewohnen lernen (S. 222 ff.), der Umgang mit Sexualität lernen (S. 254 ff.), den Umbau der sozialen Beziehungen (S. 269), den Umbau der Leistungsbereitschaft: Schule als Entwicklungsaufgabe (S. 330 ff.), die Berufswahl (S. 368 ff.), Bildung (S. 378 ff.) und Identitätsarbeit (S. 402 ff.).

In einem knappen Systematisierungsversuch nennt *Fend* fünf Kernthemen der Adoleszenz: Selbst, Körper und Sexualität, Beziehungen zu Eltern und Peers, Leistung und Beruf sowie Kultur und Gesellschaft (Fend 2001, S. 414). Die Auseinandersetzung mit diesen Kernthemen bzw. ihre Bewältigung erfolgt in unterschiedlichen Formen, nicht nur kognitiv, sondern immer auch emotional, häufig willentlich.

Im Horizont der in diesem Bericht im Mittelpunkt stehenden Fragestellungen ergeben sich an dieser Stelle direkte Anschlusspunkte. Als gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen für das Jugendalter lassen sich vor allem folgende drei Aspekte ausmachen:

- Den Körper spüren
- Die Grenzen suchen
- Eine eigene Identität finden

⁵⁷ Ein Beispiel aus jüngerer Zeit: GEO-Wissen, Heft 41, 2008, zum Thema Pubertät. Vgl. auch z. B. Sichtermann 2007.

⁵⁸ Es war der amerikanische Psychologe *Havighurst*, der mit seinem 1972 erschienenen Buch „Developmental tasks and education“ den bis in die aktuelle Forschung hinein nachhaltigen Versuch unternommen hat, die alterstypischen Entwicklungsaufgaben in modernen Gesellschaften zu beschreiben.

Den Körper spüren

Wie wohl kaum eine andere biografische Veränderung markieren die hormonellen und körperlichen Veränderungen den Beginn der Pubertät und der Jugendphase. Dabei spielen äußerliche Veränderungen (Größenwachstum, Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale und Geschlechtsreife) ebenso eine Rolle wie komplexe psychische Dynamiken und die vielschichtigen Reaktionen der Umwelt. Befunde aus der Neurobiologie belegen, dass Gehirnstrukturen in dieser Zeit grundlegend umgebaut und neue Lernprozesse möglich werden (vgl. Wietasch 2007). Dabei werden vor allem die äußerlich sichtbaren Veränderungen des Körpers zum Gegenstand zum Teil ängstlicher eigener wie auch fremder kritischer Beobachtung und, soweit als möglich, zum Objekt von bewusster Gestaltung, zum Teil aber auch bewusster Negierung. Auch im Zusammenhang mit der sexuellen Reifung und dem wachsenden Interesses an sexueller Attraktivität gewinnen Schönheitsideale an Bedeutung ebenso wie das Interesse, „etwas aus sich zu machen“. Körperästhetik, Inszenierungen und Präsentationen beanspruchen viel Raum (vgl. Misoch 2007); das Ausprobieren der Geschlechterrollen und auch erster sexueller Annäherungen prägen den Alltag bis in die kleinsten Nischen. Körpererfahrungen und Körpererleben werden in dieser Phase in vielfältiger Form zum Ausgangs- und Bezugspunkt von Wohl- und Unwohlbefinden, von positiver Weltzuwendung wie auch von quälenden Anstrengungen, von Krisen und neuen Risiken. Dabei differieren die Muster der Körperwahrnehmung und des Umgangs mit ihm sowie das Sexualverhalten nach sozialen Lagen, kulturellen Hintergründen sowie zwischen den Geschlechtern erheblich.

Mädchen und Jungen mit Behinderung haben es in Hinblick auf eine befriedigende sexuelle Entwicklung oft besonders schwer, zumal, wenn sie nicht den üblichen Schönheitskriterien entsprechen. Zwar gilt in der Fachwelt nicht mehr die Norm, sie auf sexuelle Enthaltsamkeit und ein Leben ohne partnerschaftliche Beziehungen vorzubereiten, doch häufig fehlt es, z. B. für Menschen mit geistiger Behinderung, schon an einer angemessenen Sexualpädagogik und an Information zu sexuellem Missbrauch (vgl. Exkurs 8.3) und AIDS-Prävention (Stöppler 2008). Zudem wird nach wie vor ihr Recht auf Elternschaft kontrovers diskutiert (Pixa-Kettner/Bargfrede 2005), dies kann eine zusätzliche Belastung für sie sein.

Die Aufgabe, dem eigenen Körper in dem Sinne Bedeutung beizumessen, dass die eigene leibliche Existenz mit Genuss, Begierden, Begehren und Leiden positiv und als verwoben mit dem gelebten Leben, der individuellen Geschichte, mit subjektiver Bedeutung, der Nähe zu anderen und der intersubjektiven Kommunikation wahrgenommen werden kann, ist für die meisten Jugendlichen nicht einfach zu bewältigen. Mädchen und Jungen mit Behinderung müssen sie darüber hinaus für sich in besonderer Weise realisieren (Dederich 2007, S. 182 ff.). Zudem werden Jugendliche mit Behinderung insofern benachteiligt, diese Sorge für ihren Körper zu entwickeln, als ihnen die Erfüllung gesellschaftlicher Erwartungen wie Selbstbestimmung und Selbstständigkeit nicht zugetraut wird, aber zugleich Abhängigkeit und Angewiesensein keine Würdigung erfahren, die sie für ihre Identitätsentwicklung nutzen könnten. Positiv ausgedrückt bedeutet dies,

dass Sozialleistungen und Bürgerrechte alleine nicht genügen, um Anerkennung und Teilhabe zu erreichen, sondern dass es der kulturellen Werte, der individuellen und gesellschaftlichen Akzeptanz bedarf, damit Menschen mit Behinderung nicht als integrierte Minderheit, sondern als integraler Bestandteil der Gesellschaft verstanden werden können (Waldschmidt 2005).

Der zentrale Stellenwert, der der Körpererfahrung im Jugendalter zukommt, wird nicht zuletzt daran erkennbar, dass für nicht wenige Jugendkulturen Körperlichkeit in ihren jeweiligen Facetten das Zentrum der jeweiligen Szene und ihrer vorrangigen Freizeitbeschäftigung darstellt (Hitzler u. a. 2005; Neumann-Braun/Richard 2005).

Die Identifikation von Jugendlichen mit bestimmten Jugendkulturen kann problematisch erscheinen, bedeutet aber auch die Partizipation an bestimmten Mustern der sozialen Interaktion. Die dort meist erfahrene soziale Unterstützung, Nähe und Akzeptanz in der Gruppe stellt eine wichtige Ressource für die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die soziale Kompetenz von Jugendlichen dar (Ezzell u. a. 2000). In dieser Perspektive kann die Phase der Adoleszenz auch als zweite Chance gesehen werden, innerhalb derer frühere Kindheits-erfahrungen modifiziert und korrigiert werden können (Erdheim 1983; Blos 1973). So können beispielsweise in der frühen Kindheit entstandene Kommunikationsstörungen zwischen Eltern und ihren Kindern durch die Teilhabe an anderen kulturellen symbolischen Systemen, z. B. in der Gleichaltrigengruppe, modifiziert statt fixiert werden (vgl. Erdheim 1983).

Eine zu den Eltern und anderen wichtigen Erwachsenen komplementäre Ressource stellen die Gleichaltrigen dar, bieten sie doch vor allem in Bezug auf die altersspezifischen Themen der Jugendlichen und die jugendtypischen Entwicklungsaufgaben eine bessere Bühne als die Erwachsenen. Gleichwohl können diese Erfahrungen eine fehlende Unterstützung durch die Eltern sowie durch externe erwachsene Bezugspersonen wie Lehrer oder Sozialpädagoginnen, die u. a. positive Rollenmodelle anbieten (Heller u. a. 1999) oder auch bei der Berufsfindung unterstützend wirken, nur bedingt kompensieren (van Aken u. a. 1996). Soziale Unterstützung wirkt sich körperlich und psychisch entlastend aus (van Aken u. a. 1996), insbesondere auch bei Heranwachsenden, die eine chronische Erkrankung oder ein kritisches Lebensereignis (z. B. Erkrankung der Eltern oder Missbrauchserfahrungen) zu bewältigen haben (Ezzell u. a. 2000), und erleichtert zudem ein positives Gesundheitsverhalten (Bettge 2004). Dabei ist die Qualität von sozialer Unterstützung entscheidender als deren Quantität (Schnabel 2001).

Grenzen suchen

Es gehört zum bislang weitgehend akzeptierten Common Sense, dass Jugendliche ihre Grenzen erproben müssen. Nicht nur die körperlichen und psychischen Veränderungen, sondern auch die sich öffnenden gesellschaftlichen Spielräume sowie schließlich die Notwendigkeit, eine eigene Position in der Welt finden zu müssen, erfordern geradezu das Ausloten der eigenen individuellen sowie der gesellschaftlich gesetzten Grenzen. Hinzu kommt, dass spätmoderne Gesellschaften mit ihren diffusen Normierun-

gen, inneren Widersprüchen und zahlreichen Doppelbödigkeiten nicht mehr einfach Anpassungen an vorgegebene Muster der Lebensführung ermöglichen, sondern jeden Einzelnen und jede Einzelne zwingen, sich individuell ihren Weg durch die zahlreichen Optionen zu bahnen.

Das vielfältige, wenig gesundheitsförderliche Risikoverhalten, z. B. in Form von Extremsport, Magersucht, Selbstverletzung, Probieren von Drogen, Rauschtrinken (Raithel 2001), und die Bereitschaft zu extremen körperlichen Belastungen sind in diesem Sinne ebenso als Formen des Auslotens von Handlungsräumen und des Suchens nach Grenzen zu verstehen wie die vielen Formen abweichenden Handelns, sei es in Form delinquenten bzw. strafrechtlich relevanten Handelns, sei es in Form psychopathologischer Verhaltensweisen. Grenzen suchen bedeutet schließlich, sich im sozialen Netz zwischen Elternhaus, Schulumwelt, Peergroup und virtuellen Welten zu positionieren und die dabei jeweils gültigen Regeln akzeptieren bzw. deren Spielräume ausloten zu lernen.

Eine eigene Identität finden

Eng mit den zuvor genannten Entwicklungsthemen ist schließlich die zentrale Herausforderung der Jugendphase zu sehen: die Entwicklung einer eigenen Identität, die mit der Beantwortung der Frage „wer bin ich“ verknüpft ist. Damit sind für die Jugendlichen existenzielle Grund- und Sinnfragen angesprochen, die besonders in dieser Lebensphase eine zentrale Rolle spielen. Die Beschäftigung mit Religion, Transzendenz, Tod, aber auch grundlegende Erfahrungen wie Angst, Bedrohung, Verzweiflung, Hoffnung und Zuversicht nehmen deshalb einen breiten Raum ein. Die Frage nach der eigenen Identität tangiert aber auch die vielen Teilaspekte von Identität – also z. B. die Geschlechtsidentität (wer bin ich als Junge bzw. als Mädchen?) – oder die verschiedenen Bezüge zur Welt und die individuell jeweils verfügbaren und zugänglichen Wissensbestände und Kompetenzen in sachlich-dinglicher, kultureller, sozialer und subjektiver Hinsicht (Deutscher Bundestag 2005b). Gesellschaftlich wird dabei – trotz aller ungebrochen wirksamen Individualisierungs-, Pluralisierungs-, Entgrenzungs- und spätmodernen Vergesellschaftungsprozesse (Keupp u. a. 1999, vgl. Teil A) – von Jugendlichen erwartet, dass sie eine im Kern relativ kohärente Identität ausbilden. Identität wird hier verstanden als ein permanenter Aushandlungsprozess, in dem das Individuum versucht, über Handlungen/Verhalten eine Übereinstimmung zwischen der eigenen Selbstwahrnehmung und eigenen – antizipierten – Verhaltensstandards zu erreichen („Identitätsarbeit“). Der Begriff der Identität umfasst nicht nur Werte und Ziele sowie Vorstellungen darüber, wer man ist, sondern auch über die eigenen Fähigkeiten. Damit ist „Identität“ auch für die Entwicklung des Kohärenzsinn (Antonovsky 1979; vgl. Kap. 3.2.2.1 in Teil A) von großer Bedeutung. Zentrales Ziel des Identitätsprozesses ist das (immer wieder erneute) Erreichen eines positiven Selbstwertgefühls und einer allgemeinen Handlungsfähigkeit, die die Grundlage für die Lebensbewältigung und damit die Basis für Gesundheit bilden. Wenn es einem Jugendlichen gelingt, eigene Identitätsziele zu erreichen, etwa, indem er vorhandene Stressoren (z. B. Arbeitsplatzverlust) als Herausforderung annimmt und positiv bewältigt, dann kann Identität selbst zu einer

gesundheitsförderlichen Ressource im Umgang mit Stress und Krisen werden (Höfer 2000). Für Jugendliche, die als behindert gelten, erweisen sich die Herausforderungen wachsender Freiheitsgrade des Handelns bei gleichzeitiger Einordnung in gegebene Verhältnisse als besonders hindernisreich. Sich zu behaupten und mit Risiken selbstbewusst umzugehen, wird ihnen zunächst wenig zugemutet und zugetraut. Mit welchen Lösungsansätzen sie ihr Leben bewältigen sollen und können, ist nicht immer deckungsgleich mit traditionellen Selbstverständnissen auch der Fachwelt. Sie stellen also zugleich die scheinbare Selbstverständlichkeit sinnvoller und tragfähiger Lebensgestaltung, die Erwachsene bei ihren Erziehungsaufgaben und Bildungskonzepten leiten, in Frage (Langner 2009).

8.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

8.2.1 Sexualität und Schwangerschaften Minderjähriger

Mit der Pubertät erleben Mädchen und Jungen körperlich und sexuell eine wichtige Passage auf dem Weg ins Erwachsensein. Mit 14 Jahren hat jede/jeder zehnte deutsche Jugendliche intime sexuelle Erfahrungen gemacht und bis zum Alter von 17 Jahren steigt dieser Anteil deutlich an. Unter den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund haben Jungen häufiger als Mädchen bereits sexuelle Erfahrungen (vgl. Tab. 8.1). Den ersten Geschlechtsverkehr haben deutschstämmige Jugendliche in der Regel mit dem festen Freund/der festen Freundin. Für beide Geschlechter gilt: Je älter die Jugendlichen beim Einstieg ins Sexualleben sind, desto sorgfältiger wählen sie ihre Partner aus (BZgA 2006). Mädchen mit Migrationshintergrund entsprechen in ihrem Verhalten zumeist den Mädchen ohne Migrationshintergrund (BZgA 2007a).

Exkurs 8.1 Schwangerschaften Minderjähriger

Die Zahl der zur Welt gebrachten Kinder minderjähriger Mütter hat sich zwischen 2000 und 2005 um 7,5 Prozent verringert und ist international als relativ gering einzustufen (Block/Matthiesen 2007; Laue 2007). In einer Studie von „pro familia“ zu den Gründen für Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Schwangeren gaben 92 Prozent aller Befragten an, dass sie ungeplant schwanger geworden sind (ebd.). Nur etwa ein Viertel dieser Schwangeren hatte mit der Pille verhütet. Auffällig ist, dass vor allem junge Schwangere aus „geschlechtertraditionellen“ Zusammenhängen (z. B. Musliminnen) nicht oder nur unsicher verhüten. Darüber hinaus zeigte die Studie deutliche Zusammenhänge zwischen Bildungsgrad und Schwangerschaften: 54 Prozent der schwangeren Jugendlichen besuchten die Hauptschule. Von den jungen Frauen, die derzeit keine Schule besuchten, waren 51 Prozent ohne Arbeit oder Ausbildung. Diese Frauen bewegen sich zudem meist in einem sozialen Umfeld, das ebenfalls von sozialer Benachteiligung geprägt ist. Während sozial benachteiligte junge Frauen des Öfteren aus Mangel an sozialen Teilhabechancen in der Gründung einer neuen Familie eine neue Identität und Zukunft sehen, entscheiden sich junge Frauen mit hohem Bildungsgrad eher für eine Abtreibung (ebd.).

Der KiGGS zeigt, dass das Aufwachsen von Kindern sehr junger Mütter (die bei Geburt ihres Kindes unter 19 Jahre alt waren) vergleichsweise belastet ist: 64 Prozent dieser Familien (im Gegensatz zu 26 Prozent der älteren Mütter) haben aktuell einen niedrigen Sozialstatus. Sehr junge Mütter rauchten häufiger in Schwangerschaft und Stillzeit und stillten insgesamt seltener als ältere Mütter (RKI 2008a).

Kondome sind das bevorzugte Verhütungsmittel beim Einstieg ins Geschlechtsleben: 71 Prozent der sexuell erfahrenen Mädchen ohne Migrationshintergrund und 66 Prozent der Jungen ohne Migrationshintergrund geben an, dieses Verhütungsmittel beim ersten Mal benutzt zu haben. Mit großem Abstand folgt die Pille (BZgA 2006). Jugendliche mit Migrationshintergrund nutzen seltener als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund Kondome (Mädchen 63 Prozent; Jungen 50 Prozent) und Pille (BZgA 2007a).

Mit zunehmender sexueller Erfahrung ändert sich das Verhütungsverhalten. Die Anwendung von Kondomen geht zurück und die Nutzung der Pille steigt an (BZgA 2006). In weiteren sexuellen Kontakten ergibt sich eine Angleichung des Verhütungsverhaltens Jugendlicher mit Migrationshintergrund an das Verhütungsverhalten Jugendlicher ohne Migrationshintergrund.

Mädchen achten zu mehr als Dreivierteln „immer sehr genau“⁵⁹, darauf nicht schwanger zu werden. Anders allerdings die Jungen mit Migrationshintergrund: Nur jeder Dritte gibt an, „immer sehr genau“ auf Verhütung zu achten (BZgA 2007a). Je früher Jugendliche mit sexuellen Kontakten beginnen, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich „immer sehr genau“ um die Verhütung kümmern (BZgA 2006).

⁵⁹ Zitiert wurde hier ein Item der Untersuchung.

Tabelle 8.1

Sexualverhalten bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen ohne und mit Migrationshintergrund

	Jugendliche ohne Migrationshintergrund (BZgA 2006)	Jugendliche mit Migrationshintergrund (BZgA 2007a)
mind. einmal Erfahrung mit Intimverkehr	Mädchen: 39 % Jungen: 33 %	Mädchen: 26 % Jungen: 44 %
Alter beim 1. Intimverkehr ≤ 14 Jahre	Mädchen: 14 % Jungen: 12 %	Mädchen: 11 % Jungen: 29 %
feste Partnerschaft beim 1. Intimverkehr	Mädchen: 64 % Jungen: 51 %	Mädchen: 64 % Jungen: 28 %
keine Verhütung beim 1. Intimverkehr	Mädchen: 9 % Jungen: 15 %	Mädchen: 19 % Jungen: 34 %
keine Verhütung bei nachfolgenden Intimverkehren	Mädchen: 2 % Jungen: 9 %	Mädchen: 8 % Jungen: 8 %
Jugendliche, die „immer sehr genau“ auf Verhütung achten	Mädchen: 77 % Jungen: 62 %	Mädchen: 74 % Jungen: 35 %
Sozialstatus	Bei niedrigem Bildungsstatus werden erste sexuelle Kontakte in einem früheren Alter eingegangen	
Wohnregion	Jugendliche aus Ostdeutschland haben größere Erfahrung mit sexuellen Kontakten als Jugendliche aus Westdeutschland	

Quelle: BzGA 2006a, 2007a

8.2.2 Medienkonsum

Der Umgang mit den Informations- und Kommunikationstechnologien (Fernsehen, Computer, Internet, Spielkonsolen, Mobiltelefon, MP3) ist ein wichtiger Teil des Alltags von Jugendlichen heute. Bei der Frage des Zugangs, der Auswahl und bei den aktiven und passiven Formen des Medienumgangs sind alters-, geschlechts-, bildungs- und statusspezifische Unterschiede ebenso zu beachten (Theunert u. a. 2005; Treumann u. a. 2007; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2008), wie der Trend von der stationären zur mobilen Medienutzung (Mobiltelefon etc.). Auch die rasante Verbreitung der selbst gestalteten Netze und Inhalte im Internet des Web 2.0 trägt zu Veränderungen der Jugendphase bei, die als „Mediatisierung des Jugendalltags“ beschrieben wird (Deutscher Bundestag 2005, S. 59). Eine seriöse Beschäftigung mit dem Thema erfordert eine doppelte Perspektive, die sowohl die Möglichkeiten und Risiken dieser das gesamte Spektrum der Informations- und Kommunikationstechnologien umfassenden Mediatisierung als auch die Wechselwirkungen der Veränderungen von Jugendphase und Jugendmedien mit einbezieht.

Dabei ist zunächst festzuhalten: Die vielfältige Präsenz der Medien im Alltag der Jugendlichen beeinträchtigt im Allgemeinen nicht die nicht-medialen Freizeitinteressen dieser Altersgruppe. Vielmehr unterstützen die neuen interaktiven Kommunikationsmöglichkeiten z. B. über Mobiltelefon und soziale Netze im Internet (Foren, Communities etc.) das Interesse der Heranwachsenden an Freundschaften und am Zusammensein mit Freunden, das für die 12- bis 19-Jährigen an erster Stelle ihrer „nicht-medialen“ Freizeitinteressen steht (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007, S. 6). Die inzwischen von bestimmten Orten und Zeiten weitgehend unabhängige mediale Interaktion mit den Freunden kann den Heranwachsenden Zugehörigkeit und mehr Sicherheit auf dem (gemeinsamen) Weg ins Erwachsenenalter vermitteln. Diese Orientierung an den Freunden und die aktive Beteiligung an den Aktivitäten im Freundeskreis spiegeln sich auch in den Themen wieder, über die sich die Jugendlichen in den sozialen Netzen im Internet austauschen. Im Mittelpunkt stehen dort Tipps zu Veranstaltungen, Unterstützung in Schule, Ausbildung und Jobs sowie der Austausch – auch über persönliche Probleme – mit alten Freunden und die Kontaktaufnahme zu anderen Gleichaltrigen (Sander/Lange 2008).

In der kontroversen Diskussion über die Medien und ihre Wirkungen ist eine differenzierte Einordnung der vorliegenden Daten und empirischen Befunde erforderlich. Dies gilt auch in Bezug auf die selbst eingeschätzte durchschnittliche tägliche Fernsehdauer. Nach eigener Einschätzung verbringen die befragten 12 bis 19-Jährigen durchschnittlich zwei Stunden pro Tag mit Fernsehen (123 Min; vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007, S. 23). Deren Wert differiert in den verschiedenen Untersuchungen je nach Parametern, Mess-

verfahren und Auswahl der Untersuchungsgruppe z. T. erheblich (vgl. Pfeiffer u. a. 2007, Lampert u. a. 2007a). Zudem kam die *JIM-Studie* 2007 zu dem Ergebnis, dass die Jugendlichen dazu neigen, ihre Fernsehdauer um durchschnittlich 20 Minuten zu überschätzen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007, S. 23).

Einen Computer besitzen 67 Prozent der Jugendlichen, über die Hälfte von ihnen beschäftigt sich ein bis drei Stunden täglich mit dem Computer. Dabei liegt bei den befragten Jungen der Wert für das „für die Schule arbeiten“ erstmals vor dem Wert für „Computerspielen“. Auf dem zweiten und dritten Rang folgen „Texte schreiben“ und „Musik-CD/MP3 zusammenstellen“ (ebd. S. 33).

Im Verlauf der Adoleszenz verändern sich die Interessen und Erwartungen der Jugendlichen. Das Spielen als tägliche Aktivität verringert sich von 40 Prozent der 12- bis 13-Jährigen auf 25 Prozent der 18- bis 19-Jährigen. Jungen verbringen sehr viel mehr Zeit mit Computerspielen als Mädchen, was für sie mit einer Reihe von emotionalen, kognitiven und sozialen Optionen verbunden ist (z. B. expressive Verhaltensmuster, gemeinsamer Spaß und Spannung; Quandt u. a. 2008). Medienkompetenz in Bezug auf Inhalte, Nutzungsdauer und soziale Aspekte⁶⁰ stellt in diesem Zusammenhang eine wichtige Ressource im Hinblick auf verschiedene Settings wie Schule, Ausbildung und Beruf dar. Allerdings verfügen nicht alle Jugendlichen über sozial und auch medial kompetente Vorbilder, die ihnen eine Orientierung beispielsweise in Hinblick auf gefährdende Medieninhalte oder zeitlichen Nutzungsumfang geben.

In der Forschung werden Zusammenhänge zwischen (zu) intensiver Mediennutzung und aggressivem Sozialverhalten, Aufmerksamkeits- und Schulleistungsproblemen sowie u. a. Bewegungsmangel/Übergewicht, Augenbeschwerden und Schlafmangel/-störungen diskutiert (Lampert u. a. 2007, van Egmond-Fröhlich u. a. 2007). So konnte im KiGGS ein Zusammenhang zwischen intensiver Mediennutzung und sportlich-körperlicher Inaktivität⁶¹ sowie Adipositas ermittelt werden, wobei allerdings offen bleiben muss, was hier Ursache und was Wirkung ist (Lampert u. a. 2007). Ebenfalls wird im KiGGS über eine verstärkte Mediennutzung (Spiele, Musik hören) bei verhaltensauffälligen Mädchen berichtet (RKI 2008a).

⁶⁰ „Medienkompetenz ist die Fähigkeit, Medien und die dadurch vermittelten Inhalte den eigenen Zielen und Bedürfnissen entsprechend zu nutzen“ (Baacke 1997; zu empirischen Befunden vgl. Treumann u. a. 2007, S. 32–35).

⁶¹ Die Bewegungshäufigkeit fällt generell bei Jungen nach dem 13. und bei Mädchen nach dem 11. Lebensjahr ab. Mit 17 Jahren sind nur noch 18,4 Prozent der Jungen und 11,2 Prozent der Mädchen täglich sportlich aktiv, diese Anteile sind bei Mädchen mit einem niedrigen Sozialstatus und/oder mit Migrationshintergrund noch niedriger (Lampert u. a. 2007).

Tabelle 8.2

**Mediennutzung und Gesundheitsbeeinträchtigungen
bei 11- bis 17-Jährigen
(Selbstausskunft der Befragten)**

	Befunde
zeitliche Dauer der Mediennutzung und körperlich-sportliche Inaktivität bis 60 Minuten	Jungen: 6,1 %; Mädchen: 16,6 %
bis 240 Minuten	Jungen: 8,7 %; Mädchen: 27,1 %
360 Minuten und mehr	Jungen: 15,6 %; Mädchen: 34,1 %
zeitliche Dauer der Mediennutzung und Adipositas bis 60 Minuten	Jungen: 4,9 %; Mädchen: 4,2 %
bis 240 Minuten	Jungen: 7,3 %; Mädchen: 10,0 %
360 Minuten und mehr	Jungen: 10,9 %; Mädchen: 16,5 %

Quelle: Lampert u. a. 2007

Nicht nur der Umfang des Medienkonsums, sondern auch dessen Inhalte können (negativen) Einfluss auf Entwicklung und Gesundheit nehmen, wenn Kinder und Jugendliche trotz der gesetzlichen Kinder- und Jugendschutzbestimmungen immer wieder Medieninhalte konsumieren, die für ihr Alter als schädlich eingestuft wurden. Untersuchungen über die Wirkung von sog. Gewaltdarstellungen in Film, Fernsehen und Computerspielen konstatieren eine Reihe unterschiedlicher Wahrnehmungs- und Verarbeitungsformen, wobei vor allem bei männlichen Jugendlichen „mit feindseligen, aggressiven Persönlichkeitsmerkmalen und niedrigem Selbstwertgefühl eine erhöhte Gewaltbereitschaft“ vermutet wird (Kuncik/Zipfel 2006). Gewaltdarstellungen können bei Heranwachsenden mit übermäßigem Medienkonsum vor allem dann zu einer Gewöhnung an aggressive Ausdrucksformen (Myrtek/Scharff 2000) führen, wenn sie in einem Gewalt tolerierenden oder gar verherrlichenden sozialen Umfeld leben. Ein kausaler Zusammenhang zwischen medialer Gewalt und realer Gewaltausübung kann wissenschaftlich aber nicht belegt werden (Kuncik/Zipfel 2006). Die verwendeten unterschiedlichen Parameter, z. B. das Aufwachsen von Jugendlichen in belasteten Milieus, selbst erlittene Gewalt, Labilität, fehlendes Selbstwertgefühl sowie fehlende soziale Integration reichen in Verbindung mit der Rezeption von „Gewaltmedien“ zur Erklärung von ‚realen‘ Gewalttaten deswegen nicht aus, weil diese Merkmale auch für eine Vielzahl von Jugendlichen (und Erwachsenen) zutreffen, die nicht gewalttätig werden

(Brunn u. a. 2007). Zudem hat sich gezeigt, dass die Schulleistungen von Heranwachsenden umso schlechter sind, je mehr Zeit sie mit Medienkonsum verbringen und je brutaler dessen Inhalte sind (Pfeiffer u. a. 2007), wobei auch hier offen bleibt, was Ursache und was Wirkung ist. In der Medienforschung (Treumann u. a. 2007; Mikos/Wegener 2005) herrscht Einigkeit darüber, dass extreme Formen des Mediengebrauchs oft ein Symptom für verborgene Probleme der Kinder und Jugendlichen sind. Von daher kann z. B. eine alleinige Fixierung auf die Inhalte von Computerspielen und deren mögliches Verbot den notwendigen Blick auf die unterschiedlichen Motive und Rezeptionsweisen von Heranwachsenden verstellen.

8.2.3 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

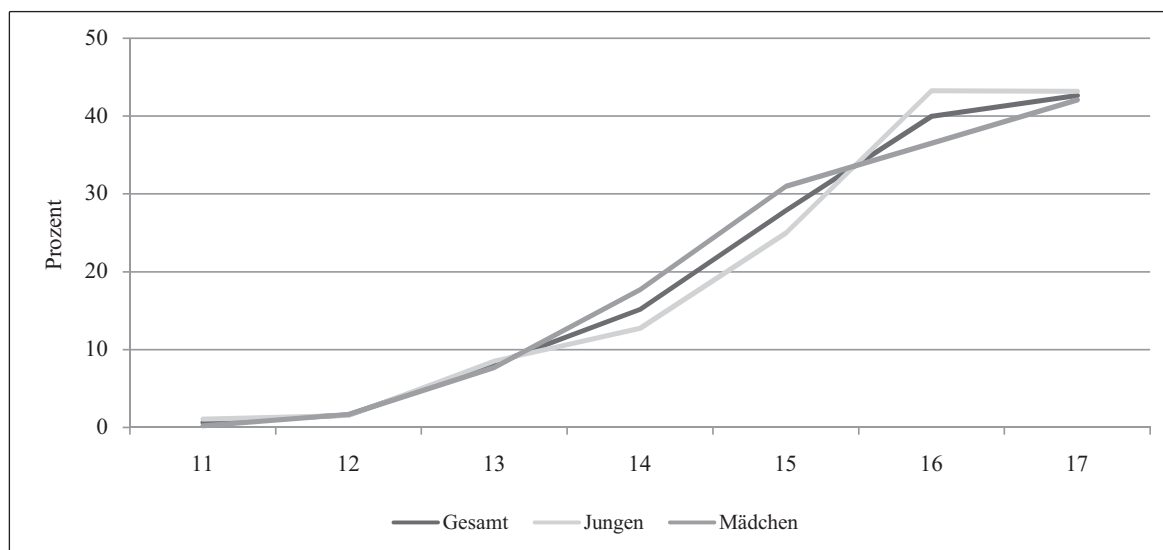
Zur Abschätzung des Konsums von psychoaktiven Substanzen durch Kinder und Jugendliche wird eine Reihe von regelmäßigen Monitorings durchgeführt. Die seit 1973 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführte Drogenaffinitätsstudie erfasst mittels Telefonbefragungen die Konsumerfahrungen von 12- bis 25-jährigen Jugendlichen. Daten zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von 11- bis 17-Jährigen liefert auch der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Daneben gibt es die europäische Schülerstudie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)⁶² sowie die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), die Konsumprävalenzen bei 15- bis 16-Jährigen respektive bei 11- bis 15-Jährigen untersuchen. Ein Problem der Zusammenfassung der verschiedenen Daten besteht darin, dass jeweils unterschiedliche Alterseinteilungen vorgenommen werden und dass die Kategorien zur Beurteilung des Konsumverhaltens variieren (vgl. Lampert/Thamm 2007). Daher können die Ergebnisse der verschiedenen Monitorings nicht direkt verglichen werden, sondern man muss sie als übergreifende Tendenzen verstehen (Sting 2008).

8.2.3.1 Tabakkonsum

Regelmäßiger Tabakkonsum ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung einiger schwerwiegender Erkrankungen (z. B. Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Die Auswirkungen des Tabakkonsums sind abhängig vom Einstiegsalter, der Dauer und der Intensität des (regelmäßigen) Rauchens. Bei einem frühen Einstieg sind die langfristigen Gesundheitsgefahren besonders groß, da sich der Körper noch im Wachstum befindet und die Organentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Bei der Ausarbeitung der nationalen Gesundheitsziele, die verbindliche Vereinbarungen von verantwortlichen Akteuren des Gesundheitssystems darstellen, ist „Tabakkonsum reduzieren“ als eines von sechs Zielen festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2008).

⁶² Im Folgenden werden aus dieser Studie die für Deutschland erhobenen Daten berichtet.

Abbildung 8.1

Aktueller Tabakkonsum der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)

Quelle: RKI 2008a, S. 55

Die überwiegende Mehrheit der weiblichen (59,4 Prozent) und männlichen (61,7 Prozent) Jugendlichen hat noch nie in ihrem Leben zu einer Zigarette gegriffen (BZgA 2008). Sowohl die Regelmäßigkeit als auch die Intensität des Rauchens nehmen aber mit dem Alter zu (Lampert/Thamm 2007), wobei nach Auswertungen des Robert-Koch-Instituts (2008a) um die 40 Prozent der 16- bis 17-Jährigen angaben, aktuell zu rauchen (ohne Angabe der Intensität; vgl. Abb. 8.1).

Laut ESPAD (Kraus u. a. 2008a) hat mehr als jeder dritte Jugendliche im Alter von 12 Jahren oder früher erstmalig geraucht. Raucht bei den 11-Jährigen nur 1 Prozent der Jungen und Mädchen mindestens einmal in der Woche, so sind es bei den 15-Jährigen bereits 22 Prozent der Mädchen und 17 Prozent der Jungen (WHO 2008). Einfluss auf das Rauchverhalten hat die besuchte Schulform: Jugendliche Hauptschüler (14 bis 17 Jahre) haben eine 4,6 (Jungen) bis 3,4 (Mädchen) mal höhere Wahrscheinlichkeit zu rauchen als Gymnasiasten (Lampert/Thamm 2007). Der Sozialstatus wirkt sich lediglich bei Mädchen auf das Rauchverhalten aus: Je höher der Sozialstatus der Eltern, umso geringer der Anteil der Raucherinnen (Stolle u. a. 2007). Des Weiteren haben die Gleichaltrigen-Bezugsgruppe sowie das Vorbild der Eltern einen weiteren bedeutenden Einfluss auf den Tabakkonsum. In Ostdeutschland ist Rauchen unter Jugendlichen weiter verbreitet als in Westdeutschland (Lampert/Thamm 2007). Auswertungen des KiGGS weisen darauf hin, dass Heranwachsende, deren Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ebenfalls im Jugendalter gewesen ist, eine Tendenz zu vermehrtem Tabakkonsum zeigen (RKI 2008a). Neben der gesundheitlichen Belastung durch aktiven Tabakkonsum birgt auch das Passivrauchen oft unterschätzte gesundheitliche Gefahren, denen die Gruppe der Haupt- und Realschüler und -schülerinnen sehr viel stärker als die Gruppe der Gymnasiasten ausgesetzt ist (Lampert 2008).

Tabelle 8.3

Tabakkonsum bei Jugendlichen

	Befunde
aktiv rauchende Jugendliche (BZgA 2007b)	18 % (davon 10 % Gelegenheitsraucher) Mädchen: 17 % (davon 11 % Gelegenheitsraucher) Jungen: 18 % (davon 9 % Gelegenheitsraucher)
Alter des Erstkonsums (Kraus u. a. 2008)	≤ 12. Lebensjahr: 35,6 % Durchschnittsalter: 14,2 Jahre
Sozialstatus (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: häufigeres Rauchen in niedrigen sozialen Statusgruppen (1,8fach erhöhte Wahrscheinlichkeit) Jungen: kein Einfluss des Sozialstatus auf das Rauchverhalten
Migrationshintergrund (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: mit MH 24,1 %; ohne MH 33,4 % Jungen: mit MH 26,4 %; ohne MH 32,0 %
Wohnregion (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: Ostdeutschland 36,0 %; Westdeutschland 30,7 % Jungen: Ostdeutschland 37,7 %; Westdeutschland 29,2 %
Passivrauchbelastung (tägl. bis mehrfach/Woche) (Lampert 2008)	Mädchen: 41,6 % Jungen: 40,1 %

MH: Migrationshintergrund

Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund rauchen signifikant seltener (15,8 Prozent) als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (21,3 Prozent) und weisen auch einen geringeren täglichen Zigarettenkonsum auf. Je höher der Sozialstatus auch bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist, desto geringer ist der Anteil an regelmäßigen Rauchern. Am deutlichsten sind die Unterschiede in der niedrigsten Statusgruppe: Hier rauchen lediglich 13,0 Pro-

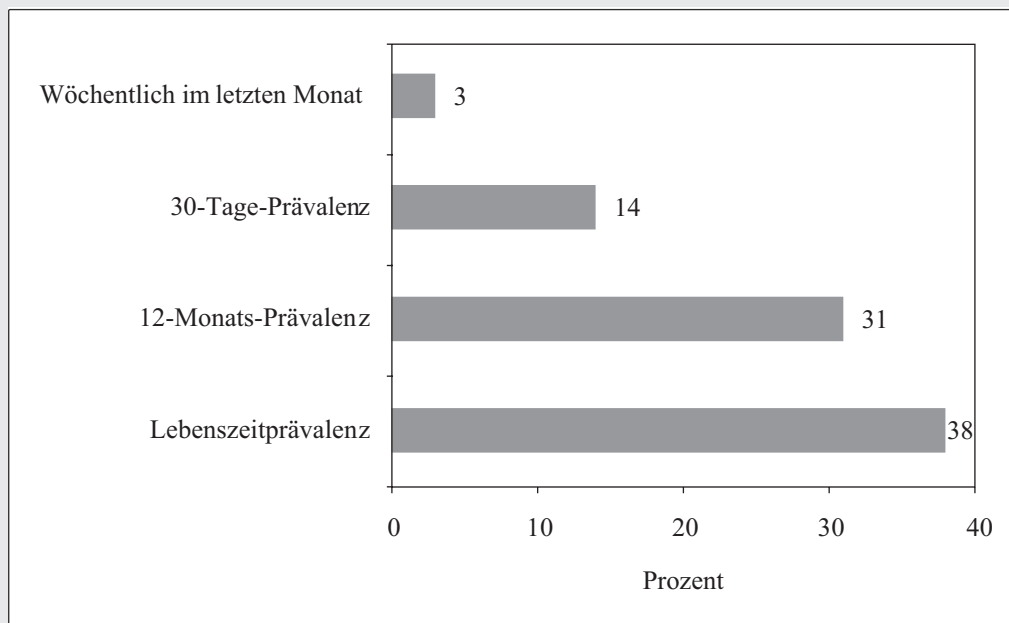
zent der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, aber nahezu doppelt so viele Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (23,1 Prozent bzw. 23,8 Prozent). Einfluss auf das Rauchverhalten haben nicht nur der Sozialstatus, sondern auch kulturelle Eigenheiten des Herkunftslandes: So liegt der Tabakkonsum von Heranwachsenden mit türkischem Hintergrund knapp unter dem ihrer deutschen Altersgenossen (RKI 2008b).

Exkurs 8.2 Rauchen von Wasserpfeifen

Ein in den letzten Jahren zunehmend auch unter Jugendlichen zu beobachtender Trend ist das Rauchen von Tabak in Wasserpfeifen (sog. Shishas), dessen Ursprung in orientalischen Ländern liegt. Dabei wird spezieller Wasserpfeifentabak (oftmals mit Essenzen von Früchten oder anderen stark aromatischen Stoffen versetzt) verwendet und der daraus entstehende Rauch über eine spezielle Apparatur inhaliert. Das Rauchen von Tabak über Wasserpfeifen besitzt ein annähernd so hohes Gefahren- und Suchtpotenzial wie der Konsum mittels Zigaretten (Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ 2008). Der Bekanntheitsgrad von Wasserpfeifen ist unter Jugendlichen hoch; 84 Prozent der 12- bis 17-Jährigen geben an, Wasserpfeifen zu kennen (BZgA 2008). Hiervon unterscheiden sich allerdings deutlich die Jugendlichen, die Wasserpfeifen auch rauchen: So geben nur 0,4 Prozent der 12- bis 17-Jährigen an, täglich Wasserpfeife zu rauchen (BZgA 2007b). Verbreiteter hingegen ist der gelegentliche Wasserpfeifenkonsum (vgl. Abb. 8.2). Die Ergebnisse zeigen, dass das Rauchen von Wasserpfeifen für einen Teil der Jugendlichen eine ernst zu nehmende Variante des Tabakkonsums darstellt (BZgA 2008).

Abbildung 8.2

Prävalenz und Häufigkeit des Wasserpfeifenrauchens bei 12- bis 17-Jährigen (Angaben in Prozent)



Quelle: BZgA 2007b

8.2.3.2 Alkoholkonsum

In Umfragen geben fast alle älteren Jugendlichen an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben, wobei mit steigendem Alter zunehmend mehr Jugendliche über Konsumerfahrungen berichten. Bei der folgenden Darstellung von Daten zum Alkoholkonsum muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisparameter jeweils unterschiedlich definiert (Alkohol, Spirituosen und bestimmte Sorten von Alkohol) und damit nur eingeschränkt vergleichbar sind. Im Jahr 2003 lag der Pro-Kopf-Verbrauch von alkoholischen Getränken über alle Altersgruppen hinweg in Deutschland bei 147 l.; das entspricht einem Anteil von 10,2 l. reinen Alkohol (Robert Koch Institut, RKI 2006b). Bei Jugendlichen der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren beträgt der Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol im Jahr 2007 3,3 l., wobei die konsumierte Menge reinen Alkohols mit wachsendem Alter (12 bis 15 Jahre: 1,4 l im Jahr; 16 bis 17 Jahre: 6,9 l. im Jahr) stark ansteigt (BZgA 2007c, eigene Berechnungen). Alkohol ist damit auch unter Heranwachsenden die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz (BZgA 2008).

Am häufigsten werden Bier (67 Prozent); Spirituosen (57 Prozent)⁶³, Wein/Sekt (50 Prozent) und Alkopops (46 Prozent)⁶⁴ getrunken (Kraus u. a. 2008). 17,4 Prozent der Jugendlichen konsumieren regelmäßig Alkohol (d. h. mindestens einmal in der Woche mindestens ein alkoholisches Getränk; BZgA 2007c), wobei deutliche Geschlechtsunterschiede bestehen (Lampert/Thamm 2007). Trinken bei den 11-Jährigen nur 2 Prozent der Jungen und 1 Prozent der Mädchen mindestens einmal in der Woche Alkohol, so sind es bei den 15-Jährigen bereits 15 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Jungen (WHO 2008).

Bevölkerungsspezifische Unterschiede im Konsummuster von Alkohol nach ausgewählten Variablen (Sozialstatus, besuchter Schultyp, Wohnregion) sind marginal. Lediglich für die Gruppe der Heranwachsenden mit Migrationshintergrund lässt sich ein deutlich geringerer Alkoholkonsum nachweisen als für Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren lässt sich für männliche Haupt- und Realschüler im Unterschied zu Gymnasiasten ein vermehrter Alkoholkonsum belegen (Kraus u. a. 2008; Lampert/Thamm 2007). Unterschiede nach Wohnregion bestehen nur bei Mädchen und lassen sich an einem etwas geringe-

ren Zuspruch zu Alkohol in den östlichen Bundesländern festmachen. Der Sozialstatus hat weder bei Mädchen noch bei Jungen Einfluss auf das Konsumverhalten von Alkohol (Lampert/Thamm 2007; vgl. Tab. 8.4).

Tabelle 8.4

Alkoholkonsum bei Jugendlichen

	Befunde
Jugendliche mit Konsumerfahrung (BZgA 2007c)	≤ 14 Jahre: 90 % 17 Jahre: 95 %
überwiegend konsumierte alkoholische Getränke (Mehrfachnennungen; Kraus u. a. 2008)	Mädchen: Wein/Sekt (56 %) Alkopops (48 %) Jungen: Bier (77 %) Spirituosen (59 %)
regelmäßiger Alkoholkonsum (mind. 1x wöchentlich) (BZgA 2008)	Mädchen: 12,8 % Jungen: 21,8 %
Migrationshintergrund (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: mit MH 16,0 % ohne MH 27,5 % Jungen: mit MH 37,4 % ohne MH 48,4 %

MH: Migrationshintergrund

Obwohl nach wie vor mehr Jungen als Mädchen regelmäßig (d. h. mindestens einmal pro Woche) Alkohol trinken, lässt sich sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen im Zeitraum von 2004 bis 2008 im letzten Jahr ein Rückgang des regelmäßigen Alkoholkonsums verzeichnen (vgl. Abb. 8.3).

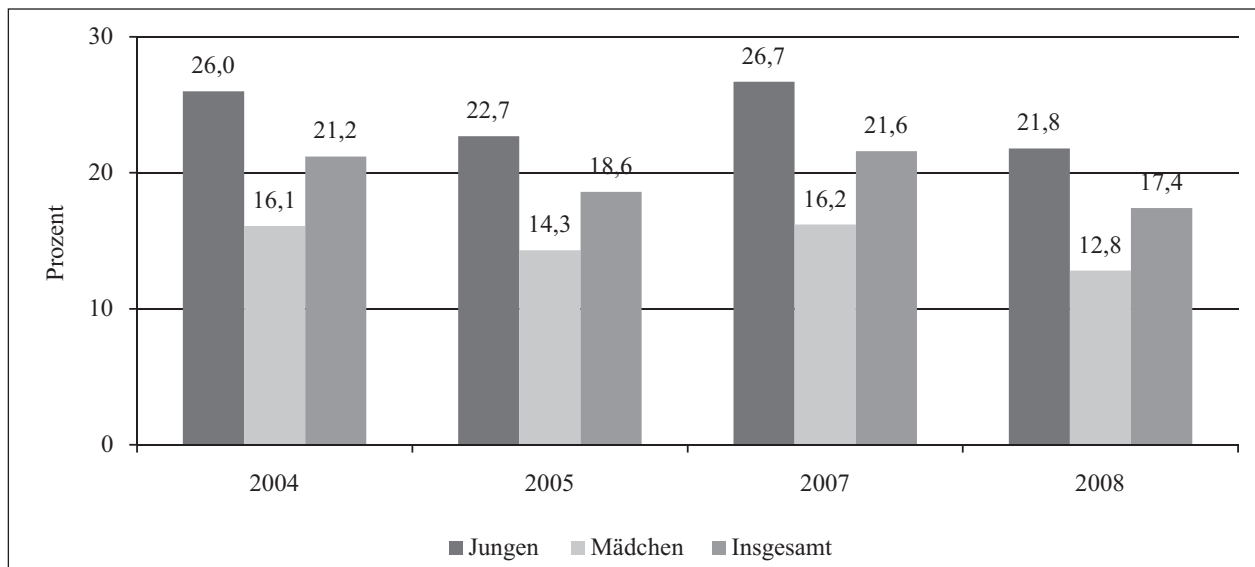
Ein riskantes Alkoholkonsumverhalten (Konsum von fünf Gläsern oder mehr als eines alkoholischen Getränks an einem Tag in den vergangenen 30 Tagen „bingedrink“ bzw. „Komasaufen“) weisen etwa 20 bis 25 Prozent der 12- bis 17-Jährigen auf (BZgA 2008). In der zeitlichen Entwicklungsperspektive sind bei diesem Konsummuster sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen keine wesentlichen Unterschiede zu erkennen (vgl. Abb. 8.4).

Ein geringes Einstiegsalter erhöht dabei das Risiko für eine substanzbezogene Störung (Stolle u. a. 2007). Bei mindestens wöchentlichem Alkoholkonsum finden sich mit zunehmendem Alter wachsende Prävalenzraten. Bei den weiblichen Jugendlichen sind allerdings ab dem 13. Lebensjahr die Prävalenzen durchweg geringer als bei den männlichen Jugendlichen. Beide Kurven bewegen sich im Altersverlauf zunehmend auseinander, sodass für die 17-jährigen Jungen und Mädchen eine Differenz von 27 Prozent vorliegt (vgl. Abb. 8.5).

⁶³ Der Anteil der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, die mindestens einmal im Monat Spirituosen konsumieren, hat sich von 2004 bis 2007 insgesamt von 16 Prozent auf 21 Prozent erhöht. Diese Gesamtveränderung ist auf einen starken Zuwachs des monatlichen Spirituosenkonsums bei den 16-17-jährigen Jugendlichen zurückzuführen. Lag der Anteil der männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe im Jahr 2004 noch bei 37 Prozent, so hat er 2007 den Wert von 50 Prozent erreicht. Bei den weiblichen Jugendlichen steigt der Anteil des monatlichen Spirituosenkonsums von 24 Prozent (2004) auf 34 Prozent (2007; BZgA 2007c).

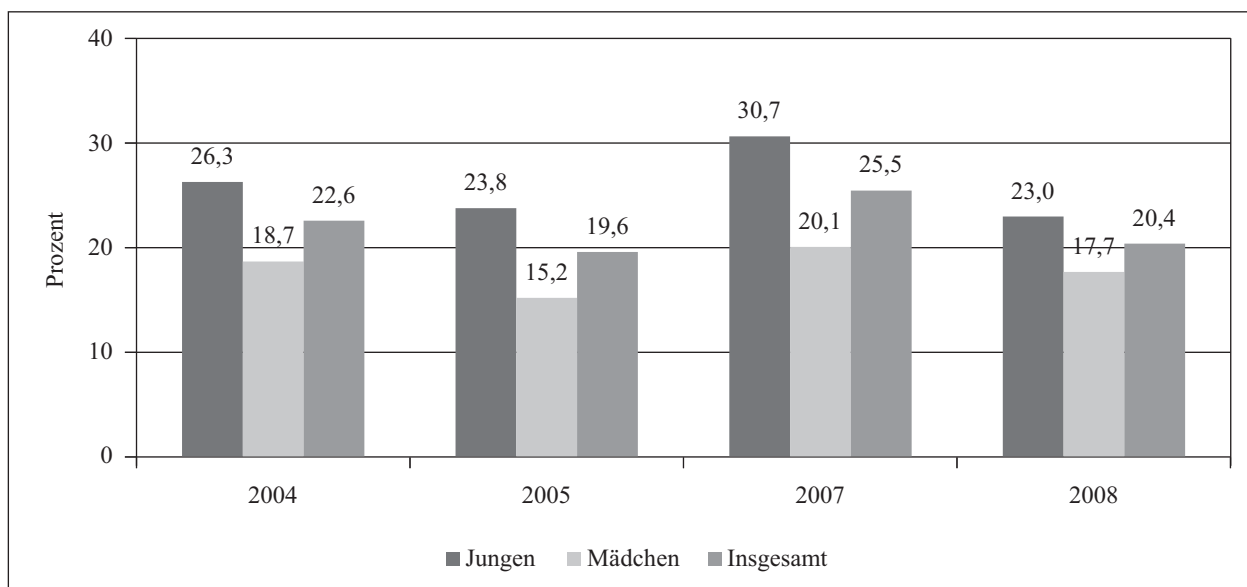
⁶⁴ Nach Einführung der Sondersteuer auf spirituosenhaltige Alkopops (AlkopopStG) im Jahr 2004 ist deren Konsum deutlich zurückgegangen (BZgA 2008).

Abbildung 8.3

**Regelmäßiger Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht
im Zeitraum von 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)**

Quelle: BZgA 2008, S.4; Darstellung modifiziert

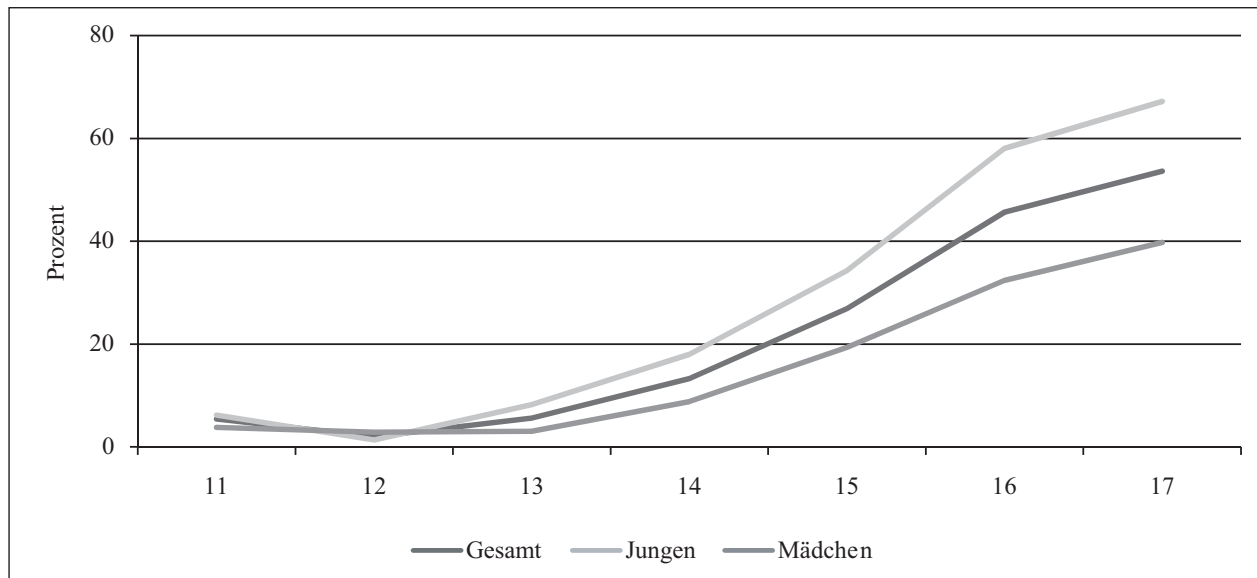
Abbildung 8.4

**Riskanter Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht
im Zeitraum 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)**

Quelle: BZgA 2008, S. 5; Darstellung modifiziert

Abbildung 8.5

**Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) der 11- bis 17-Jährigen
(Prävalenzen in Prozent)**



Quelle: RKI 2008a, S. 56

Während nur 17,9 Prozent der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund regelmäßig Alkohol trinken, sind dies ein Drittel der Jugendlichen mit einseitigem und 40,8 Prozent der Jugendlichen ohne Migrationserfahrung. Den Alkoholkonsum bestimmen sozio-kulturell bzw. religiös geprägte Trinkgewohnheiten. So trinken ca. 6 Prozent der Jugendlichen aus islamisch geprägten Ländern (regelmäßig) alkoholische Getränke, bei den Mädchen sind es noch weitaus weniger. Jugendliche aus binationalem Elternhaus ähneln in ihrem Rauch- und Trinkverhalten Jugendlichen ohne Migrationsstatus. Somit scheinen weniger der Sozialstatus als vielmehr kulturelle und geschlechtsspezifische Verhaltensweisen den Differenzen in den Konsumprävalenzen zugrunde zu liegen (RKI 2008b).

Neben der Analyse der Konsumtrends stellt sich die Frage, in welcher Weise daraus konsumbezogene Probleme resultieren und in welchem Ausmaß Suchtentwicklungen im Kindes- und Jugendalter eine Rolle spielen (Sting 2008). Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu erheblichen Gesundheitsschäden, Abhängigkeit und psychosozialen Folgeproblemen führen; zu den kurzfristigen negativen Folgen gehören beispielsweise Unfälle, Gewalterfahrungen und ungeschützter Geschlechtsverkehr. Zudem werden im Jugendalter erworbene Trinkgewohnheiten häufig – aber keinesfalls immer – auch im Erwachsenenalter beibehalten.

8.2.3.3 Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln

Neben Tabak und Alkohol sind weitere legale und illegale Suchtmittel für Jugendliche verfügbar. Zu den legal er-

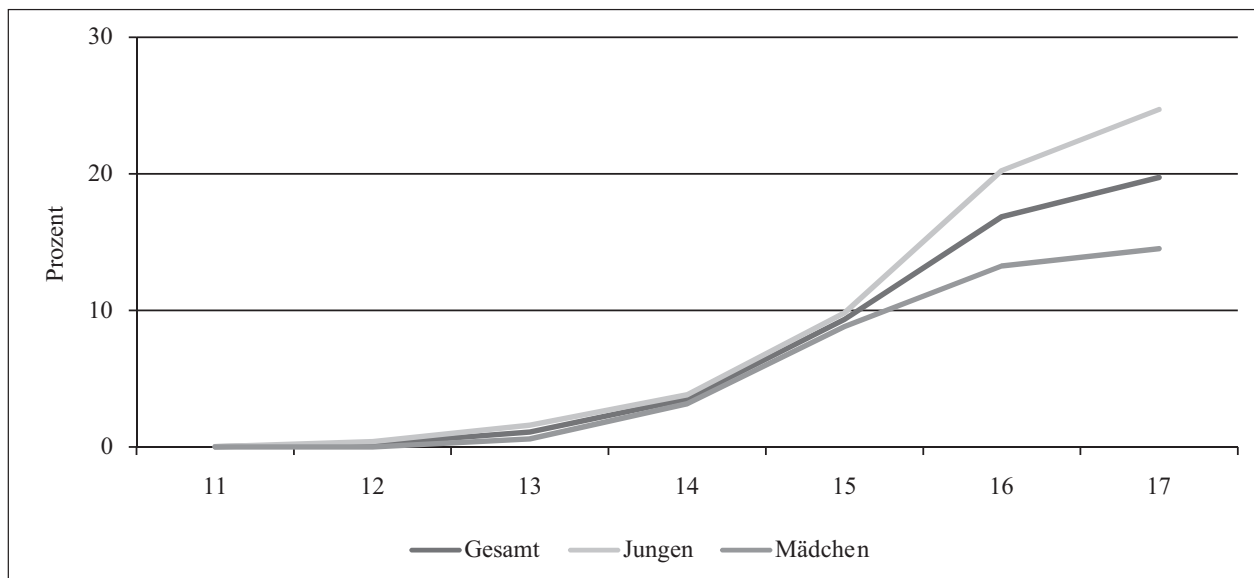
hältlichen Suchtmitteln zählen u. a. Medikamente mit Wirkungen auf das Nervensystem (z. B. Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.) und lösungsmittelhaltige Produkte (z. B. Klebstoffe), die zur Erzeugung von Rauschzuständen zweckentfremdet werden können. Bei den legal erhältlichen Substanzen ist der Konsum von lösungsmittelhaltigen Produkten mit 12 Prozent am weitesten verbreitet (Kraus u. a. 2008). Zu den am weitesten verbreiteten illegalen Drogen (nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz) zählen u. a. Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana), Ecstasy, Speed, Kokain und Heroin.

Die in Deutschland am häufigsten unter Heranwachsenden konsumierte illegale Substanz ist Cannabis. Der Anteil der Jugendlichen, die jemals in ihrem Leben Cannabisprodukte konsumiert haben, variiert deutlich in Abhängigkeit vom Lebensalter (BZgA 2007d). Ein niedriges Einstiegsalter erhöht dabei das Risiko für eine substanzbezogene Störung (Stolle u. a. 2007). Die Lebenszeitprävalenz des Haschischkonsums entwickelt sich bei beiden Geschlechtern bis zum 15. Lebensjahr parallel und im Niveau auf fast gleicher Höhe. Danach steigt die Kurve bei männlichen Jugendlichen wesentlich stärker an. Von den 17-Jährigen berichten knapp 15 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Jungen, jemals Haschisch geraucht zu haben (vgl. Abb. 8.6).

Bevölkerungsspezifische Unterschiede im Konsummuster von legalen und illegalen Suchtmitteln nach ausgewählten Variablen (Sozialstatus, Migrationshintergrund, Wohnregion) sind marginal (Lampert/Thamm 2007).

Abbildung 8.6

Haschischkonsum der 11- bis 17- Jährigen (Lebenszeitprävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 57

Tabelle 8.5

Konsum von Cannabisprodukten bei Jugendlichen

	Befunde
Konsumhäufigkeit (Kraus u. a. 2008)	15 bis 25 %
Alter bei Erstkonsum (BZgA 2007d)	12- bis 13-Jährige 0,4 % 14- bis 17-Jährige 12,8 % 18- bis 19-Jährige 32,3 %
regelmäßig praktizierter Konsum bei 12- bis 18-Jährigen (Lampert/Thamm 2007)	Insgesamt: 2,3 % Mädchen: 1,0 % Jungen: 3,6 %
Anteil der Schüler mit Konsumerfahrung nach Schulform (Kraus u. a. 2008)	Gymnasium: 26 % Haupt- bzw. Realschule: 28 % Gesamtschule: 32 %

Während beim größten Teil der Heranwachsenden Substanzkonsum und Rauscherfahrungen „im Kontext einer normativen Adoleszenzentwicklung“ zu betrachten sind und im Hinblick auf eine spätere Suchtgefährdung eher unproblematisch erscheinen, gibt es daneben eine extreme Konsumpraxis, die nur wenige Jugendliche zeigen. Sie kann als Indikator für unangepasste Entwicklungsverläufe gesehen werden und den Beginn einer Missbrauchs- oder Suchtproblematik markieren (Sting 2008). Substanzkonsum folgt weniger instrumentellen Strategien zur Errei-

chung von Entwicklungszielen, sondern stellt eine alternative Problembewältigungsstrategie bei unzureichenden biopsychosozialen Ressourcen dar (Jungaberle 2007).

Bei der Mehrheit der Jugendlichen ist der (problematische) Substanzkonsum zeitlich auf die Jugendphase begrenzt. Bei einer kleinen Gruppe von Jugendlichen bleibt dieses Verhalten jedoch bis ins Erwachsenenalter bestehen bzw. wird verstärkt. Jugendliche, deren problematisches Konsumverhalten bis ins Erwachsenenalter reicht, weisen häufig auch weitere Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ADHS, Angsterkrankungen und depressive Störungen) bis hin zu drogeninduzierten Psychosen⁶⁵ auf (Esser/Ihle 2008; Blomeyer u. a. 2007; Ihle u. a. 2008; Thomasius u. a. 2008).

Zusammenfassend ergibt sich ein widersprüchliches Bild: ein rückläufiger bzw. stagnierender Konsum von Alkohol und Drogen auf der einen und auf der anderen Seite riskante exzessive Gebrauchsmuster in bestimmten Gruppen. Dabei ist der Alkohol- und Drogenmissbrauch nicht in erster Linie ein Jugendproblem, sondern ebenso eines der Erwachsenen. Zudem muss betont werden, dass es bei den Jugendlichen eine hohe Quote gibt, die – möglicherweise nach einer Phase des Ausprobierens – Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum ablehnen. Zugleich deutet sich beim Konsum von Suchtmitteln ein enger Bezug zu den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen „Körper spüren,

⁶⁵ Der Begriff drogeninduzierte Psychose bezeichnet eine schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht. Auslöser ist der Konsum von Drogen (u. a. Cannabis oder LSD). Auffällige Symptome sind oft Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Grenzen suchen, Identität finden“ an: Für viele Jugendliche geht es zunächst um das Ausprobieren und Grenzen suchen, wobei extreme Konsumformen häufig einen passage-reinen Charakter haben. Der weitere Konsum bzw. die Ablehnung von Suchtmitteln können auch Ausdruck der (Suche nach) Identität und Ausdruck eines persönlichen Stils bzw. nach Zugehörigkeit zu bestimmten jugendkulturell geprägten Gruppen und Cliques sein. Das Spektrum der Konsummotive umfasst weiter die Suche nach Trost bei Misserfolgen, Ersatz für Selbstständigkeit, gewollte Normverletzung, Notfallfunktion bei „Entwicklungsstress“, Zugang und Zugehörigkeit zu Gleichaltrigen sowie die Vorwegnahme des Erwachsenseins (Silbereisen/Kastner 1985 zit. aus Deutscher Bundestag 2002, S. 222).

8.2.4 Gewalterfahrungen und Delinquenz

8.2.4.1 Körperliche Gewalt und Delinquenz

Vor allem die von jungen Menschen verübte Gewalt steht immer wieder im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit⁶⁶, oft mehr auf den Täter als auf das Opfer gerichtet. Im öffentlichen Bewusstsein ist weniger verankert, dass auch Kinder und Jugendliche Opfer von Gewalt in unterschiedlichen Formen und Kontexten (Gewalt in der Familie, in der Schule, im öffentlichen Raum sowie in Partnerschaften) werden.

Aktuelle Studien aus der Jugendforschung belegen die Existenz einer sehr kleinen Gruppe Heranwachsender, die über viele Jahre (teilweise bis ins mittlere und späte Erwachsenenalter) kriminelle Handlungen begehen. Ihre Entwicklungsverläufe sind oft durch eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Auffälligkeiten, beginnend mit der frühen Kindheit (z. B. Regulations- und Bindungsstörungen, sprachliche Entwicklungsauffälligkeiten, ADHS, soziale emotionale Probleme) gekennzeichnet. Die Kumulation von biopsychosozialen Risikofaktoren (z. B. Eltern-Kind-Bindung, Gewalterfahrungen im familiären Nahrung, Konsum von gewaltgeprägten Medieninhalten, Aufwachsen in einer prekären sozioökonomischen Lage, eingeschränkte soziale Kompetenzen, Probleme in der Selbstkontrolle, Schulschwierigkeiten etc.) erhöht die Wahrscheinlichkeit massiver und längerfristiger Delinquenz, wobei Jungen hier wesentlich stärker gefährdet sind (Lansford u. a. 2006; Odgers u. a. 2008; Vitaro u. a. 2007).⁶⁷ Soziale Rahmenbedingungen des Aufwachsens haben nicht nur Einfluss auf aktuelle Gelegenheitsstrukturen, sondern auch darauf, in welchem Umfang sich Risikopotenziale entfalten und realisieren. Mit den KiGGS-Daten

lässt sich zeigen, dass 27 Prozent der 11- bis 17-Jährigen mit niedrigem sozialem Status in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt gegen andere angewendet haben – im Vergleich zu 15 Prozent aus der hohen Statusgruppe. Als Mittel zur Durchsetzung von eigenen Interessen hält jeder dritte Jugendliche mit niedrigem Status Gewalt zumindest gelegentlich für gerechtfertigt, in der hohen Statusgruppe ist dies hingegen nur jeder neunte Jugendliche. Ganz ähnliche statusspezifische Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die Bereitschaft, Gewalt in bestimmten Situationen anzuwenden, z. B. zur Selbstbehauptung oder als Reaktion auf eine Beleidigung (Schlack/Hölling 2007).

Gewalt an Schulen ist ein Phänomen, das zunehmend ins öffentliche Bewusstsein gerät. Neben singulären Ereignissen (z. B. Amokschütze von Erfurt im April 2002) gehören aber für viele Schüler und Schülerinnen Gewalterfahrungen im Rahmen von Bullying⁶⁸ schon im Grundschulalter zum Schulalltag (Korn 2006; Schäfer/Albrecht 2004). In Deutschland entsprechen etwa 3,6 Prozent der 11- bis 16-Jährigen dem Typ des „Bullies“. Etwa 5 Prozent (ca. 250.000) der Schülerinnen und Schüler werden regelmäßig Opfer dieser Form des aggressiven Verhaltens (Bilz 2008; Melzer u. a. 2008; Scheithauer u. a. 2003). Auch eine (nicht näher bezifferbare) Anzahl von Lehrerinnen und Lehrern wird regelmäßig Opfer von Bullying; andererseits werden Schülerinnen und Schüler auch vielfach Opfer herabsetzender und beleidigender Äußerungen und Handlungen von Lehrkräften (Hayer u. a. 2005; Preuss-Lausitz 2006). Eine neue Form des Bullying ist das „Cyberbullying“, d. h. die absichtliche und feindselige Verbreitung aggressiver Inhalte mittels Mobiltelefon und Internet (Behrens/Höhler 2007; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007; Scheithauer u. a. 2007).

Um das Ausmaß der von Jugendlichen verübten Delikte zu ermitteln, ist eine vergleichende Betrachtung sowohl von Kriminalstatistiken und der im „Hellfeld“ zu beobachtenden Entwicklungen auf der einen Seite als auch der Erkenntnisse aus Dunkelfeldstudien (also des erheblichen Anteils der von Jugendlichen begangenen Delikte, die nicht zur Anzeige bei der Polizei kommen) auf der anderen Seite relevant, um zutreffende Befunde zu erhalten. Strafrechtlich relevantes Verhalten tritt bei jungen Menschen ab dem Alter von 10 bis 12 Jahren in allen westlichen Ländern seit mehr als 100 Jahren statistisch gehäuft auf, überwiegend in Form bagatelhafter Delikte (v. a. kleinere Eigentumsdelikte, leichte Sachbeschädigungen und Körperverletzungen). Die Quote dieses normabweichenden Verhaltens erreicht mit 17/18 Jahren ihren Höhepunkt und sinkt nach dem 20. Lebensjahr allmählich wieder ab. Die-

⁶⁶ Delinquentes Verhalten junger Menschen ist weit überwiegend ein episodenhaftes (auf einen bestimmten Entwicklungsabschnitt beschränktes), in allen sozioökonomischen Statusgruppen vorkommendes und bei der großen Mehrzahl junger Menschen auftretendes Phänomen, wobei es zu Gewalt oft in der Gruppe der Gleichaltrigen kommt. Jugendliche Delinquenz ist insofern nicht per se Indikator einer dahinter liegenden Störung oder eines Erziehungsdefizits. Im Prozess des Normlernens ist eine zeitweilige Normabweichung in Form von strafbaren Verhaltensweisen quasi ein normales Begleitphänomen im Prozess der Entwicklung, die die selbstständige Gestaltung von sozialen Beziehungen und Freundschaften, soziale Integration und Ausbildung einer individuellen und sozialen Identität umfasst (Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz, BMI/BMJ 2006).

⁶⁷ Sich allein auf die Auffälligkeiten in der Kindheit stützende Prognosen erweisen sich als unzureichend, denn die Mehrheit der von diesen Risiken Betroffenen wird nicht delinquent und bis zu 50 Prozent steigen aus einer bereits begonnenen delinquenten Entwicklung wieder aus (Moffitt u. a. 1996; Patterson u. a. 1998).

⁶⁸ Bullying ist ein fortgesetztes aggressives Verhalten, bei denen Täter (Bullies) das Opfer über Wochen und Monate angreifen, bedrohen, entwerten und verletzen, ohne dass das Opfer Anlass hierzu gibt. Die Opfer wenden sich aus Angst vor weiteren Bedrohungen selten an Vertrauenspersonen (Seiffge-Krenke/Welter 2008).

ser Verlauf tritt bei Mädchen etwas früher ein und bewegt sich auf einem sehr viel niedrigeren Niveau als bei Jungen (Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz, BMI/BMJ 2006). Auswertungen der KiGGS-Daten weisen darauf hin, dass Heranwachsende, deren Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ebenfalls im Jugendalter gewesen ist, in Bezug auf Gewalt tendenziell vermehrte Täter- aber nicht Opfererfahrungen machen (RKI 2008a).

Bei einer bedeutsamen Zahl von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund (mit Herkunft aus politisch instabilen Regionen der Welt wie Palästina oder Kosovo) ist davon auszugehen, dass diese Beobachter oder selbst Opfer von massiver Gewaltausübung geworden und möglicherweise traumatisiert worden sind (Landeskommission Berlin gegen Gewalt 2007).

8.2.4.2 Sexuelle Gewalt

Der Gesetzgeber bewertet jede sexuelle Handlung, die eine Person an einem Kind (unter vierzehn Jahren) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt, als strafbare Handlung. Bestraft wird auch, wer ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen lässt (Vgl. §§ 176ff. Strafgesetzbuch). Der (meist männliche) Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen (Galm u. a. 2007). Die polizeiliche Kriminalstatistik erlaubt hier nur einen sehr begrenzten Einblick in die Realität, da nur ein kleiner Teil und hier meist nur die Fälle mit nicht zur Familie gehörigen Tätern zur Anzeige gebracht werden. *Bange und Deegener* (1996) gehen davon aus, dass jedes vierte bis fünfte Mädchen und jeder zwölfte Junge in Deutschland von sexueller Gewalt betroffen sind. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Opfern zeigt bei internationalen Studien 1,5- bis 3-mal höhere Raten für Frauen als für Männer (Galm u. a. 2007). Bei körperlich/geistig behinderten Kindern geht man von weit höheren Raten aus (Engfer 2005; Amaryna 2008; vgl. Exkurs 8.3). Der größte Teil aller Fälle von sexuellem Missbrauch bei Minderjährigen entfällt auf die Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen (Engfer 2005, vgl. Tab. 8.6).

Tabelle 8.6

Verteilung aller Missbrauchsfälle auf Altersgruppen

	Befunde
Kleinkind-/Vorschulalter	8 bis 14 %
Schulalter (5 bis 14 Jahre)	73 %
Jugendalter (> 14 Jahre)	19 %

Quelle: Engfer 2005

In der Literatur werden unterschiedliche Gründe für sexuellen Missbrauch aufgeführt. Es lassen sich kaum besondere Risikofaktoren dafür benennen, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden. In zwei Längsschnittstudien kristallisieren sich vor allem eine geringe Fürsorge für das Kind sowie wenig emotionale Unterstützung durch die Mutter heraus (ebd.).

Sexueller Missbrauch kommt in allen Statusgruppen vor, betroffen sind jedoch gehäuft Kinder und Jugendliche, die aus unvollständigen Familien stammen, wie z. B. Kinder Alleinerziehender mit oder ohne Stiefeltern sowie Heimkinder und Adoptivkinder etc. (Wetzels 1997, S. 158). Nach dieser Befragung werden Kinder und Jugendliche überwiegend durch bekannte Personen (27 Prozent aus der Familie, 42 Prozent aus dem Bekanntenkreis), aber auch durch Unbekannte (26 Prozent) sexuell missbraucht.

Sexueller Missbrauch ist oft schwer aufzudecken, da die Entwicklung von Kindern mit Missbrauchserfahrungen zunächst äußerlich unauffällig verlaufen und erst später problematisch werden kann. Wenn Auffälligkeiten auftreten, lassen diese nicht ohne Weiteres auf einen Missbrauch schließen, da sie auch andere Entstehungszusammenhänge haben können. Vorschulkinder zeigen vor allem Ängste, Alpträume, Regressionen (Rückzug auf frühere Entwicklungsstadien) sowie zurückgezogenes, autoaggressives und sexualisiertes Verhalten. Kinder im Schulalter leiden ebenfalls unter Ängsten und Alpträumen, aber auch unter Schulproblemen und können durch unreifes, hyperaktives und/oder aggressives Verhalten auffallen. Im Jugendalter (13 bis 18 Jahre) finden sich Verhaltensauffälligkeiten wie Depressionen, sozialer Rückzug, Suizidneigung, Somatisierungen, Weglaufen, wenig selbstbestimmte Sexualkontakte mit wechselnden Partnern und Alkohol- oder Drogenprobleme (Engfer 2005; Fegert/Besier 2008).

Exkurs 8.3 Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung

Im Vergleich zu nichtbehinderten sind behinderte Mädchen und Frauen etwa doppelt so häufig Opfer von sexueller Gewalt (Vereinte Nationen, UNO 1998). Für den deutschsprachigen Raum hat das Thema (sexuelle) Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung bisher wenig Beachtung gefunden, was sich auch in einer fehlenden (repräsentativen) Datenlage hierzu ausdrückt (RKI 2008c). Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 20 Prozent der Mädchen/Frauen mit Behinderung mindestens einmal in ihrem Leben Erfahrung mit sexueller Gewalt gemacht haben; diese Erfahrungen reichen von anzüglichen Bemerkungen bis hin zu körperlichen Übergriffen ohne Einwilligung der Betroffenen (Eiermann u. a. 2000). Der strukturelle Rahmen in Einrichtungen für behinderte Menschen fördert vielfach Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen. Die Mädchen und Frauen haben häufig von Kindheit an die Erfahrung gemacht, dass ihre Intimsphäre nicht respektiert und geschützt wird. Ein vom BMFSFJ gefördertes Modellprojekt belegt, dass sexualisierte Gewalterfahrungen das Leben der Bewohnerinnen begleiten und in engem Zusammenhang mit strukturell bedingten Abhängigkeiten stehen (Fegert u. a. 2006). Sexueller Missbrauch bedeutet – auch und gerade für Mädchen und Frauen mit Behinderung – immer einen Vertrauensbruch, verbunden mit der Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die Opfer leiden oftmals lebenslang unter den Folgen wie körperlichen Symptomen, Schlafstörungen, Angst- und Panikattacken bis hin zu selbstverletzendem Verhalten und Selbstmordversuchen.

8.2.5 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten

Ergebnisse aus dem KiGGS belegen, dass sich (nach Angaben der Eltern) die überwiegende Mehrheit der Kinder in der Altersgruppe von 11 bis unter 18 Jahren in Deutschland psychisch gesund entwickelt (11 bis 13 Jahre: 83,4 Prozent; 14 bis 17 Jahre: 87,6 Prozent; Hölling u. a. 2007). Im Vergleich zu Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren ist der Anteil von Heranwachsenden mit psychischen Problemen in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen sowie der 14- bis 17-Jährigen geringer.

Tabelle 8.7

Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten⁶⁹ bei 11- bis 13- und 14- bis 17-Jährigen (Elternangaben)

	11 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
Insgesamt	16,6 %	12,4 %
Geschlecht	Mädchen: 12,2 % Jungen: 20,7 %	Mädchen: 10,5 % Jungen: 14,2 %
Migrationshintergrund	mit MH: 25,2 % ohne MH: 14,8 %	mit MH: 14,9 % ohne MH: 12,0 %
sozialer Status	hoher ST: 8,3 % mittlerer ST: 16,3 % niedriger ST: 23,4 %	hoher ST: 7,4 % mittlerer ST: 11,8 % niedriger ST: 17,8 %

Quelle: Hölling u. a. 2007 ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

Mädchen werden deutlich seltener als auffällig eingeschätzt als Jungen (z. B. zeigen mehr Jungen als Mädchen Anzeichen von Hyperaktivität) und unterscheiden sich auch in der Art ihrer Probleme. Jeder vierte bis sechste Jugendliche mit Migrationshintergrund wurde nach Einschätzung der Eltern als grenzwertig bis psychisch auffällig eingestuft; bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind dies deutlich weniger (Hölling u. a. 2007). In Bezug auf den sozioökonomischen Status der Jugendlichen ergibt sich ein deutlicher sozialer Gradient für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten RKI 2008a; Hölling u. a. 2007): Mädchen und Jungen mit hohem und mittlerem Status sind deutlich seltener betroffen als diejenigen mit geringem Status. Hinsichtlich der besuchten Schulform

sind grenzwertig bis psychisch auffällige Jugendliche gehäuft auf Hauptschulen (22,1 Prozent) anzutreffen; und nahezu jeder zweite (45,2 Prozent) der im KiGGS grenzwertig bis psychisch auffällig eingeschätzten Jugendlichen besucht eine Förderschule (RKI 2008a). Sowohl grenzwertig bis psychisch auffällige Mädchen (30,4 Prozent) als auch Jungen (31,9 Prozent) sind häufiger als die Gruppe der unauffälligen Jugendlichen Täter und Opfer von Gewalthandlungen (RKI 2008a).

Die generell rückläufige Tendenz im Auftreten von psychischen Auffälligkeiten spiegelt sich in den spezifischen Auffälligkeiten wider, aus denen sich der Gesamtwert für psychische Auffälligkeit zusammensetzt. Dabei sind jedoch einige Besonderheiten innerhalb der jüngeren und der älteren Gruppe zu berücksichtigen (vgl. Tab.8.8 und 8.9).

Emotionale Probleme sind über beide Altersgruppen betrachtet tendenziell rückläufig; jedoch ergibt sich bei Mädchen beider Altersgruppen nur ein so geringer Unterschied an emotionalen Problemen, dass an dieser Stelle von einer stabilen Entwicklung gesprochen werden kann. Sowohl Verhaltens- als auch Hyperaktivitätsprobleme weisen mit zunehmendem Alter einen deutlichen Rückgang über alle querschnittlich betrachteten Variablen auf. Auch für die Jugendlichen, die Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen haben, ist tendenziell ein Rückgang der Auffälligkeiten zu verzeichnen. Dieser fällt aber so marginal aus, dass nicht von einer Besserung der Symptomatik mit wachsendem Alter gesprochen werden kann. Im Unterschied zu den bislang genannten Problembereichen ergibt sich für den Bereich „Mangel im prosozialem Verhalten“ sogar eine tendenzielle Zunahme von Problemen für die höheren Altersgruppen; diese Veränderungen fallen aber so marginal aus, dass nicht von einer generellen Verschlechterung sozialer Fähigkeiten gesprochen werden kann. Gerade die Stabilität in den Prävalenzwerten für die Bereiche „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Mangel im prosozialem Verhalten“ weisen aber darauf hin, dass ein erheblicher Anteil von Jugendlichen manifeste Defizite in sozialen Fertigkeiten aufweist. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund brisant, dass für den Übergang von Schule in Berufs-/Hochschulausbildung neben kognitiven Kompetenzen (z. B. ausreichende Deutsch- und Mathematikkenntnisse) zunehmend auch soziale Kompetenzen gefragt sind.

Die Auswertungen des KiGGS weisen zudem darauf hin, dass grenzwertig bis psychisch auffällige Heranwachsende über wenige personale, familiäre und sozialen Ressourcen sowie eine geringe Lebensqualität verfügen (RKI 2008a; Hölling/Schlack 2008). Zu den zentralen personalen Ressourcen im Jugendalter, die die Gefahr der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten reduzieren können, gehören selbstbezogene Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Teil A, Kap. 3.2.2.4).

⁶⁹ SDQ = Strength and Difficulties Questionnaire. Die Daten für auffälliges und grenzwertiges Verhalten wurden zusammengezogen. Die Prozentangaben „Insgesamt“ beziehen sich auf 100 Prozent.

Tabelle 8.8

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 11- bis 13-Jährigen (SDQ-Subskalen)

	Befunde
emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	gesamt: 18,8 % Jungen: 18,8 %; Mädchen: 19,0 % mit MH: 22,4 %; ohne MH: 18,2 % niedriger ST: 23,2 % mittlerer ST: 18,8 % hoher ST: 13,4 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	gesamt: 31,9 % Jungen: 36,5 %; Mädchen: 27,1 % mit MH: 39,6 %; ohne MH: 30,2 % niedriger ST: 42,2 % mittlerer ST: 30,7 % hoher ST: 22,2 %
Hyperaktivitätsprobleme	gesamt: 14,8 % Jungen: 21,2 %; Mädchen: 8,1 % mit MH: 18,7 %; ohne MH: 14,1 % niedriger ST: 20,3 % mittlerer ST: 14,8 % hoher ST: 8,5 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	gesamt: 24,1 % Jungen: 26,6 %; Mädchen: 21,6 % mit MH: 36,2 %; ohne MH: 21,7 % niedriger ST: 32,0 % mittlerer ST: 22,6 % hoher ST: 16,9 %
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten ⁷⁰	gesamt: 10,7 % Jungen: 13,0 %; Mädchen: 8,3 % mit MH: 11,6 %; ohne MH: 10,5 % niedriger ST: 13,2 % mittlerer ST: 10,0 % hoher ST: 8,4 %

Quelle: Hölling u. a. 2007 ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

⁷⁰ Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft, zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

Tabelle 8.9

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten⁷¹ bei 14- bis 17-Jährigen (SDQ-Subskalen)

	Befunde
emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	gesamt: 15,6 % Jungen: 12,6 %; Mädchen: 18,8 % mit MH: 18,0 %; ohne MH: 15,2 % niedriger ST: 18,5 % mittlerer ST: 15,3 % hoher ST: 12,5 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	gesamt: 27,5 % Jungen: 30,9 %; Mädchen: 24,1 % mit MH: 30,6 %; ohne MH: 27,0 % niedriger ST: 36,6 % mittlerer ST: 26,7 % hoher ST: 19,7 %
Hyperaktivitätsprobleme	gesamt: 9,2 % Jungen: 12,7 %; Mädchen: 5,5 % mit MH: 10,2 %; ohne MH: 9,1 % niedriger ST: 11,0 % mittlerer ST: 9,3 % hoher ST: 7,3 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	gesamt: 22,4 % Jungen: 23,9 %; Mädchen: 20,9 % mit MH: 32,8 %; ohne MH: 20,6 % niedriger ST: 28,1 % mittlerer ST: 21,1 % hoher ST: 18,1 %
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten ⁷¹	gesamt: 12,5 % Jungen: 16,0 %; Mädchen: 8,9 % mit MH: 13,1 %; ohne MH: 12,4 % niedriger ST: 13,7 % mittlerer ST: 11,7 % hoher ST: 12,6 %

Quelle: Hölling u. a. 2007 ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

⁷¹ Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft, zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

8.2.6 Essstörungen

Zu den typischen Essstörungen des Jugend- und frühen Erwachsenenalters⁷² werden Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) gezählt. Anorexie wird durch einen absichtlichen Gewichtsverlust charakterisiert, wobei Anorexie dann diagnostiziert wird, wenn das Körpergewicht des Heranwachsenden unterhalb 85 Prozent des zu erwartenden Gewichts (BMI-Wert⁷³ unterhalb der 10. Altersperzentile) liegt (Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. 2007). Das Verhalten der Betroffenen ist darauf ausgerichtet, Gewicht durch Fasten, Diäten, Missbrauch von Medikamenten, übertriebene körperliche Aktivität oder Erbrechen zu verlieren. Sie beschäftigen sich übermäßig mit ihrem Körpergewicht und ihrer Figur, definieren ihren Selbstwert darüber und haben große Angst vor Gewichtszunahme. Dabei leiden sie unter einer Körperschemastörung und nehmen sich trotz ihres bestehenden Untergewichts als zu dick wahr. Die Betroffenen zeigen ein gesteigertes, bisweilen zwanghaftes Leistungsverhalten (z. B. extrem sorgfältige Hausaufgabenbearbeitung oder Sauberkeit). Hauptmerkmal der Bulimie ist das wiederholte Auftreten von „Heißhungeranfällen“. Die Betroffenen nehmen in kurzer Zeit große Nahrungsmengen, vorwiegend mit einem hohen Kaloriengehalt, zu sich. Diese „Anfälle“ sind mit dem subjektiven Gefühl verbunden, die Kontrolle über das eigene Essverhalten verloren zu haben, während viele der Betroffenen ansonsten ein gezügeltes Essverhalten zeigen. Um nicht an Gewicht zuzunehmen, werden häufig unmittelbar nach einer Essattacke gegenregulierende Maßnahmen (z. B. Erbrechen, Medikamentenmissbrauch) eingeleitet. Das Selbstwertgefühl der Betroffenen wird übermäßig durch die subjektive Wahrnehmung ihrer Figur und ihres Körpergewichts beeinflusst, obwohl die meisten ein „normales“ Körpergewicht haben.

Mit insgesamt 21,9 Prozent zeigt mehr als ein Fünftel der Jugendlichen von 11 bis unter 18 Jahren in Deutschland Symptome einer Essstörung – ohne dass hier schon von einer manifesten Erkrankung gesprochen werden könnte. Der Anteil der Mädchen ist dabei wesentlich größer als der Anteil der auffälligen Jungen (Hölling/Schlack 2007). Während fast jeder dritte Jugendliche mit Migrationshintergrund Anzeichen von Essstörungen zeigt, ist dies bei den Jugendlichen ohne Migrationserfahrung nur etwa jeder fünfte Heranwachsende. Für das Vorliegen von Symptomen einer Essstörung zeigt sich ebenfalls ein sozialer Gradient: So ist der Anteil der auffälligen Jugendlichen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status fast zweimal so

groß wie bei den Jugendlichen aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status (Hölling/Schlack 2007).

Tabelle 8.10

Gegenüberstellung wichtiger Symptome bei Anorexie und Bulimie

	Anorexie	Bulimie
Gründe für auffälliges Essverhalten	abnehmen wollen	nicht zunehmen wollen
Wahrnehmung der Nahrungsaufnahme	Kontrollzwang beim Essen	Kontrollverlust beim Essen
Gewicht	Untergewicht	Normal- oder Übergewicht
Körperbild	unrealistisches Körperbild	realistisches Körperbild
Wahrnehmung der eigenen Erkrankung	kein Leidensdruck, Verleugnung	großer Leidensdruck, Schuldgefühle

Quelle: von Wietersheim 2008

Tabelle 8.11

Prävalenz von Essstörungssymptomen bei 11- bis 17-Jährigen nach SCOFF⁷⁴ (Selbstausskunft der Befragten)

	11 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
insgesamt	20,6 %	22,7 %
Geschlecht	Mädchen: 23,5 % Jungen: 17,8 %	Mädchen: 32,3 % Jungen: 13,5 %
Migrationshintergrund	mit MH: 30,1 % ohne MH: 18,5 %	mit MH: 30,4 % ohne MH: 21,2 %
sozialer Status	hoher ST: 13,2 % mittlerer ST: 19,1 % niedriger ST: 28,3 %	hoher ST: 17,2 % mittlerer ST: 22,6 % niedriger ST: 27,2 %

ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

Quelle: Hölling/Schlack 2007

⁷² Auf die Darstellung der Binge Eating Disorder („Esssucht“) wird an dieser Stelle verzichtet, da die empirische Befundlage (z. B. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Binge Eating Disorder, Bulimie und Übergewicht) bislang noch unzureichend ist. Ebenfalls wird an dieser Stelle auf die Darstellung von Befunden zu Adipositas verzichtet, da diese laut WHO-Definition keine Essstörung im engeren Sinn, sondern eine chronische Erkrankung darstellt.

⁷³ Der BMI berechnet sich anhand der Formel Körpergewicht (in kg) dividiert durch das Quadrat der in Meter gemessenen Körpergröße.

⁷⁴ Der SCOFF-Fragebogen ist im Rahmen des KiGGS von 6 634 11- bis 17-Jährigen per Selbstausskunft schriftlich beantwortet worden und ist ein Screening-Instrument zur Identifizierung möglichen essgestörten Verhaltens. Eine Unterscheidung der Auffälligen in Anorexie- bzw. Bulimiebetroffene ist auf Grundlage dieses Instruments nicht möglich (vgl. Hölling/Schlack 2007 für eine genaue Beschreibung des Erhebungsinstrumentes).

Erste Anzeichen von Anorexie werden nicht selten bereits bei 12-Jährigen beobachtet, der Erkrankungsgipfel liegt aber zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr. Zahlen zu manifesten Erkrankungen an Anorexie im Jugendalter liegen nicht vor; bekannt ist aber, dass Anorexie mit 10 Prozent die höchste Sterblichkeitsrate unter den psychischen Störungen besitzt (Herzog u. a. 2000).

Bulimia nervosa ist selten bei Heranwachsenden unter 14 Jahren anzutreffen, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr. Heranwachsende, die in besonderer Form mit dem Schlankheitsideal⁷⁵ konfrontiert sind (z. B. Models oder Leistungssport Betreibende) weisen eine deutlich höhere Prävalenz auf (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2005). Betroffene zeigen in hohem Maße weitere psychische Störungen wie depressive Erkrankungen und Angststörungen (Eckert u. a. 2006; Fichter 2005; Gerlinghoff/Backmund 2004).

Anorexie und Bulimie sind psychosomatische Krankheitsbilder, die multifaktoriell bedingt sind. Diskutiert werden biologische und soziokulturelle Faktoren (durch Familie, Schule und/oder Massenmedien vermittelte Werte wie Leistungsnorm und Schlankheitsideal), persönlichkeitsbedingte Merkmale (z. B. Perfektionismus, geringe Frustrationstoleranz), belastende Lebensereignisse (z. B. sexueller Missbrauch) sowie schwierige soziale Lebensbedingungen (z. B. gestörte Familienbeziehungen, Verlust von Bezugspersonen, soziale Isolation etc.; Fichter 2005; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2005; Thiels 2004). Essstörungen sind Krankheiten mit Neigung zu Rückfällen und chronischem Verlauf. Etwa 50 bis 70 Prozent der Betroffenen aber überwinden ihre Essstörung oder sind zumeist soweit gebessert, dass sie in ihrem Leben wieder zurechtkommen (Quadflieg/Fichter 2003; Steinhausen 2003).

Essstörungen sind nach den vorliegenden Daten und Befunden besonders in der Gruppe der 14 bis 17 Jahre alten Mädchen verbreitet. Vor dem Hintergrund der in dieser Altersphase anstehenden Veränderungen und Herausforderungen kann diese Symptomatik als Ausdruck von Entwicklungsproblemen gesehen werden. Diese sind oft passager, aber für die betroffenen Mädchen mit sehr gravierenden Beeinträchtigungen verbunden.

„Geringes Selbstwertgefühl macht dick“ (Lemeshow 2008), diese Aussage weist darauf hin, dass sich bei der Suche nach den Entstehungskontexten und möglichen Lösungswegen die Aufmerksamkeit nicht nur auf körperliche und psychische Faktoren, sondern auch darauf richten muss, wie die betroffenen Mädchen die Qualität ihres

sozialen Umfelds sowie den eigenen sozialen Status in ihrem sozialen Nahraum bewerten (Lemeshow 2008).

„Kinder und Jugendliche haben nie isolierte Probleme mit der Ernährung, dem Stress oder ihrem Bewegungsverhalten“ (Mann-Luoma u. a. 2002, S. 956), sondern diese sind als Ausdruck unbewusster Konflikte und unerkannter Traumata sowie von Überforderungen bei der Umsetzung der Entwicklungsthemen in dieser Altersphase zu sehen. Soll in Bezug auf Essstörungen eine Veränderung gelingen, so sind dafür die Unterstützung und Ermutigung der Betroffenen in ihren sozialen Beziehungen und Freundschaften und bei Veränderung des inneren Selbstbildes und des äußeren Verhaltens hilfreich. Angesichts der komplexen Entstehungskontexte von Essstörungen sind therapeutische Konzepte erforderlich, die den Zusammenhang von innerem Erleben und äußerem Verhalten erkennen und bearbeiten können.

8.2.7 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) im Kindes- und Jugendalter sind Phänomene, die inzwischen einen erheblichen Anteil der Kinder und Jugendlichen in westlichen Industrieländern betreffen. Von Übergewicht und Adipositas wird bei Erwachsenen gesprochen, wenn der BMI (Body Mass Index)⁷⁶ höher als 25 bzw. höher als 30 liegt. Bei Kindern wird aufgrund des starken Wachstums mit alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen gerechnet. Während Übergewicht an sich noch keine chronische Erkrankung ist, gilt Adipositas nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als chronische Erkrankung auf einem polygenetischen Hintergrund, die mit erheblichen Komplikationen einhergeht und die Lebenserwartung verkürzen kann (Hauner 2000). Der Krankheitswert der Adipositas ergibt sich aus den funktionellen und individuellen Einschränkungen sowie der psychosozialen Beeinträchtigung und einer hohen Komorbidität (Wabitsch 2004). Besonders hohe Prävalenzraten von Übergewicht und Adipositas lassen sich im Jugendalter finden (vgl. Abb. 8.7).

Nach Auswertungen des KiGGS sind die meisten Heranwachsenden im Jugendalter normalgewichtig. Jedoch sind zwischen 7,2 Prozent und 8,5 Prozent der Jugendlichen übergewichtig oder adipös; wobei im Alter von 6 bis 12 Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist und sich diese Werte bis ins Jugendalter fortsetzen. Jungen und Mädchen sind in etwa gleichem Ausmaß hiervon betroffen. Übergewichtige und adipöse Jugendliche gehören vermehrt Familien an, die sozial benachteiligt sind, wobei in diesen Familien schon Kinder von 3 bis 10 Jahren deutlich häufiger unter Übergewicht bzw. Adipositas leiden (Kurth/Schaffrath Rosario 2007; vgl. Tab. 8.12 und 8.13).

⁷⁵ In der Gesamtbevölkerung ist das Schlankheitsideal weit verbreitet. Insbesondere bei den 13- und 15-Jährigen fühlt sich mehr als jedes zweite Mädchen (13-Jährige: 51 Prozent, 15-Jährige: 58 Prozent) und etwa jeder dritte Junge (13-Jährige: 36 Prozent, 15-Jährige: 31 Prozent) zu dick; Deutschland nimmt damit im europäischen und nordamerikanischen Vergleich den Spitzenplatz ein (Weltgesundheitsorganisation, WHO 2008).

⁷⁶ Der BMI berechnet sich anhand der Formel Körpergewicht (in kg) dividiert durch das Quadrat der in Meter gemessenen Körpergröße

Abbildung 8.7

Übergewicht inkl. Adipositas bei 3- bis 17-Jährigen
(Prävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 54

Tabelle 8.12

Gewichtsverteilung und Adipositas bei 3- bis
6-Jährigen und bei 7- bis 10-Jährigen
(Angaben in Prozent)

	3 bis 6 Jahre	7 bis 10 Jahre
Gesamt (100 %)		
Unter Normalgewicht	5,2	7,8
Normalgewicht	85,6	76,9
Übergewichtig, nicht adipös	6,2	9,0
Adipös	2,9	6,4
Geschlecht (Adipositas)		
Jungen	2,5	7,0
Mädchen	3,3	5,7
Migrationshintergrund (Adi- positas)		
mit MH	4,9	11,0
ohne MH	2,4	5,4
Sozialer Status (Adipositas)		
niedriger ST	4,4	9,8
mittlerer ST	3,0	6,3
hoher ST	1,3	3,0

Quelle: modifiziert nach Kurth/Schaffrath Rosario 2007 MH: Migra-
tionshintergrund, ST: sozialer Status; Differenzen aufgrund von Run-
dungseffekten

Tabelle 8.13

Übergewicht und Adipositas bei 11- bis 13-Jährigen
und bei 14- bis 17-Jährigen
(Angaben in Prozent)

	11 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
Gesamt (100 %)		
Unter Normalgewicht	8,6	6,7
Normalgewicht	72,7	76,2
Übergewichtig, nicht adipös	11,4	8,6
Adipös	7,2	8,5
Geschlecht (Adipositas)		
Jungen	7,0	8,2
Mädchen	7,3	8,9
Migrationshintergrund (Adipositas)		
mit MH	10,0	9,4
ohne MH	6,4	8,3
Sozialer Status (Adipositas)		
niedriger ST	12,0	14,0
mittlerer ST	5,9	7,5
hoher ST	3,6	5,2

Quelle: modifiziert nach Kurth/Schaffrath Rosario 2007; MH: Migra-
tionshintergrund, ST: sozialer Status; Differenzen aufgrund von Run-
dungseffekten

Heranwachsende mit Migrationshintergrund sind – schon mit 3 bis 10 Jahren – stärker von Übergewicht betroffen als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund. Am häufigsten sind Mädchen und Jungen mit türkischem Migrationshintergrund betroffen, wobei ein Teil der Eltern mit türkeibezogener Migrationserfahrung bzw. niedrigem Sozialstatus „blind“ zu sein scheinen für das Übergewicht ihrer Kinder bzw. diese oft auch dann als zu dünn einschätzen, wenn sie normalgewichtig sind (RKI 2008b). Das Körperbild, das Eltern von ihren Kindern haben, erscheint also ein wichtiger Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Übergewicht. Unterschiede bei Übergewicht (inkl. Adipositas) ergeben sich auch im Hinblick auf die besuchte Schulform: So neigt mehr als jeder fünfte Hauptschüler (22,9 Prozent) zu Übergewicht/Adipositas; bei den Jugendlichen, die eine Förderschule besuchen, ist es fast jeder dritte (31,9 Prozent; RKI 2008a). Übergewichtige und adipöse Jugendliche beiderlei Geschlechts unterscheiden sich im Hinblick auf bestehende psychische und Verhaltensauffälligkeiten von normalgewichtigen Heranwachsenden, wobei Jungen auffälliger als Mädchen sind (vgl. Tab. 8.14). Ergebnisse des KiGGS belegen einen gesteigerten Konsum elektronischer Medien in der Freizeitgestaltung übergewichtiger Jugendlicher (RKI 2008a).

Tabelle 8.14

**Gewicht, psychische und Verhaltensauffälligkeiten
der 11- bis 17-Jährigen
(Prävalenzen in Prozent)**

	kein Übergewicht	Übergewicht inkl. Adipositas
unauffällig		
Jungen	84,3	78,3
Mädchen	90,0	83,5
grenzwertiges bis auffälliges Verhalten		
Jungen	15,7	21,7
Mädchen	10,0	16,5

Quelle: RKI 2008a

Zu den Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas gehören ein Übergewicht der Mutter, ein hohes Geburtsgewicht, wenig körperliche Aktivität (z. B. ausgedehnte Beschäftigung mit Fernseher/Computer), zu kalorienreiche Nahrung und psychische Faktoren. Zu den Risikofaktoren in der Umgebung gehören u. a. eine wenig kinderfreundliche sowie eine technisierte Umwelt, die ausreichende Bewegung erschwert (Pflüger-Jakob 2007). Adipositas geht häufig mit verschiedenen anderen oft erst später einsetzenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie beispielsweise Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes und orthopädischen Komplikationen einher (Benecke/Vogel 2005). Neben den langfristigen gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas leiden

die Betroffenen zudem unter Stigmatisierung, sozialer Ausgrenzung und einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Hölling u. a. 2008; Kurth/Ellert 2008).

8.2.8 Depressive Erkrankungen

Fast alle Jugendlichen sind von Zeit zu Zeit einfach „schlecht drauf“, fühlen sich traurig, trauen sich nichts zu, hinterfragen den Sinn des eigenen Lebens oder haben Angst vor der Zukunft. Solche Gedanken und Gefühle sind mehrheitlich als eine vorübergehende Reaktion auf persönliche Probleme, Unzufriedenheit und die Veränderungen in der Pubertät zu deuten. Bei einer oft unterschätzten Zahl von Jugendlichen aber verfestigen sich negative Gefühle und führen zu einem ausgedehnten, von zusätzlichen Symptomen und Beeinträchtigungen begleiteten psychischen Problem, das bis zu einer depressiven Erkrankung führen kann⁷⁷. Kernsymptome sind eine depressive Verstimmung (Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit), die begrenzte Möglichkeit, Freude und Interessen wahrzunehmen, sowie Antriebsmangel. Die depressive Erkrankung und der damit verbundene Leidensdruck kann bis hin zum Suizid (vgl. Kap. 8.2.10) führen (Cibis u. a. 2008; Remschmidt 2005; Wolfersdorf 2008). Gesellschaftspolitische Relevanz erfährt dieses Erkrankungsspektrum durch seine sowohl im Kindes- und Jugend- als auch im Erwachsenenalter hohe Prävalenz, den für die Erkrankten bestehenden hohen Leidensdruck, den oftmals ungünstigen Verlauf und eine nicht immer bedarfsgerechte ärztlich-medizinische und therapeutische Versorgungssituation. Des Weiteren ergibt sich ein gesundheits- und gesellschaftspolitischer Handlungsbedarf daraus, dass unbehandelte depressive Erkrankungen die Tendenz zu einem progressivem Verlauf mit der Gefahr von Rückfällen, einer Chronifizierung sowie zur Entwicklung von Begleiterkrankungen (z. B. Angststörungen) haben. Bei der Ausarbeitung der nationalen Gesundheitsziele, die verbindliche Vereinbarungen von verantwortlichen Akteuren des Gesundheitssystems auf Bund- und Länderebene darstellen, wurde deshalb das Ziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ als eines von sechs Zielen festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2008).

Allgemein lässt sich zum Alter Heranwachsender bei Störungsbeginn in den letzten Jahrzehnten ein Absinken des Altersniveaus feststellen. Ab dem 12. Lebensjahr setzt ein deutlicher Anstieg depressiver Symptome bei Mädchen und Jungen ein (Blanz u. a. 2006; Schulte-Markwort u. a. 2008); der Beginn einer depressiven Erkrankung kann vielfach im frühen bis mittleren Jugendalter (14. bis 15. Lebensjahr) zeitlich näher bestimmt werden (Roos 2007). Depressive Störungen verschiedenen Grades gehören mit einer Prävalenz von etwa 5 bis 14 Prozent zu den

⁷⁷ Depressionen werden in Abhängigkeit von ihrem Erscheinungsbild in unipolare („reine“ depressive Erkrankung), bipolare (abwechselndes Auftreten von depressiven Phasen und manischen Episoden) und dysthyme (chronische, aber weniger schwere und intensive Form) Störungen unterteilt; referiert werden hier ausschließlich Befunde zu unipolaren depressiven Störungen/Erkrankungen aufgrund der geringen Prävalenz der anderen Störungen im Jugendalter.

häufigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter (Essau u. a. 1998; Ihle u. a. 2004). Im Jugendalter haben Mädchen ein doppelt so hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken wie Jungen (von Klitzing 2006). Die Dauer einer depressiven Erkrankung liegt bei durchschnittlich etwa 30 Wochen (Roos 2007).

Erklärungsansätze zur Genese depressiver Erkrankungen gehen von einem transaktionalen Zusammenwirken unterschiedlicher biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren aus. Als prädisponierend gelten genetische Faktoren und Störungen im Neurotransmitterstoffwechsel in Wechselwirkung mit psychischen Faktoren (z. B. mangelnde soziale Fertigkeiten, Wahrnehmungsverzerrungen) und Faktoren im sozialen Nahraum (z. B. psychische Erkrankung eines Elternteils, Partnerschaftskonflikte der Eltern, soziale Zurückweisung durch Gleichaltrige; Blanz u. a. 2006; Brakemeier u. a. 2008; Lehmkuhl u. a. 2008; Mehler-Wex/Kölch 2008). Auch traumatische Erfahrungen werden oft depressiv verarbeitet. Depressive Erkrankungen im Jugendalter sind einerseits Erkrankungen mit hohem Chronifizierungsrisiko, die das soziale Funktionsniveau verringern, Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten behindern sowie zu Beeinträchtigungen der allgemeinen und schulischen (beruflichen) Leistungsfähigkeit führen können (Blanz u. a. 2006; Lehmkuhl u. a. 2008; Mehler-Wex/Kölch 2008), andererseits scheinen Heranwachsende oft schneller als Erwachsene von einer Depression zu genesen (Remissionsraten von bis zu 33 Prozent; Mehler-Wex/Kölch 2008). Dennoch bestand nach fünf Jahren bei etwa drei Vierteln (72 Prozent) der ehemals Erkrankten eine ausgeprägte Tendenz zur Wiedererkrankung (Roos 2007).

8.2.9 Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten stellt eine direkte und absichtliche Form der Schädigung des eigenen Körpers dar (z. B. durch Verletzen der Haut an Armen/Beinen mit spitzen und scharfen Gegenständen wie Rasierklingen („Ritzen“) oder Verbrennungen mit Zigaretten auf dem eigenen Körper usw.). Im Unterschied zu suizidalen Handlungen ist mit selbstverletzendem Verhalten keine Tötungsabsicht verbunden; vielmehr sollen damit emotionale Entlastung, Abbau bestehender Spannungs- und Unruhezustände sowie Aufmerksamkeit durch Außenstehende erreicht werden (Frank 2005b; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001). Selbstverletzendes Verhalten ist im Jugendalter keine seltene, oft aber eine vorübergehende Erscheinung. Nach Ergebnissen der Heidelberger Schulstudie (mit knapp 5.800 Teilnehmerinnen und Teilnehmern) verletzen sich 10,9 Prozent der Befragten 14-Jährigen gelegentlich (ein- bis dreimal im Jahr) und 4 Prozent wiederholend. Jugendliche ohne Migrationshintergrund sind häufiger als Jugendliche mit Migrationshintergrund und Mädchen doppelt so häufig wie Jungen betroffen. Während gelegentliches selbstverletzendes Verhalten in Zusammenhang mit der Bewältigung psychosozialer Probleme steht, ist wiederkehrendes selbstverletzendes Verhalten ein Ausdruck behandlungsbedürftiger psychischer Störungen (Brunner u. a. 2007).

Charakteristischerweise hängt selbstverletzendes Verhalten mit vielfältigen psychischen Problemen (z. B. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste oder depressive Erkrankungen) zusammen (Salbach-Andrae u. a. 2007). In der Vorgeschichte der betroffenen Jugendlichen finden sich häufig traumatische Erlebnisse wie sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, Konflikte und Gewalt in der Familie sowie der Verlust eines nahe stehenden Menschen (Brunner/Resch 2008). Aktuelle Auslöser sind beispielsweise Konfrontationen mit Freunden/Eltern oder Ausgrenzung in der Schule. Betroffene Jugendliche ziehen sich oft von ihrer sozialen Umwelt zurück und verbergen ihre Verletzungen, so dass sie von ihrer Umgebung unbeachtet bleiben.

Bei Mädchen und Jungen mit geistiger Behinderung wird sehr häufig über selbstverletzendes Verhalten im Kontext von Wohnen in Heimen (3 bis 46 Prozent) berichtet, bei Kindern und Jugendlichen, die in der Gemeinde leben, werden dagegen nur 2 bis 3 Prozent genannt (Limbach-Reich 2008).

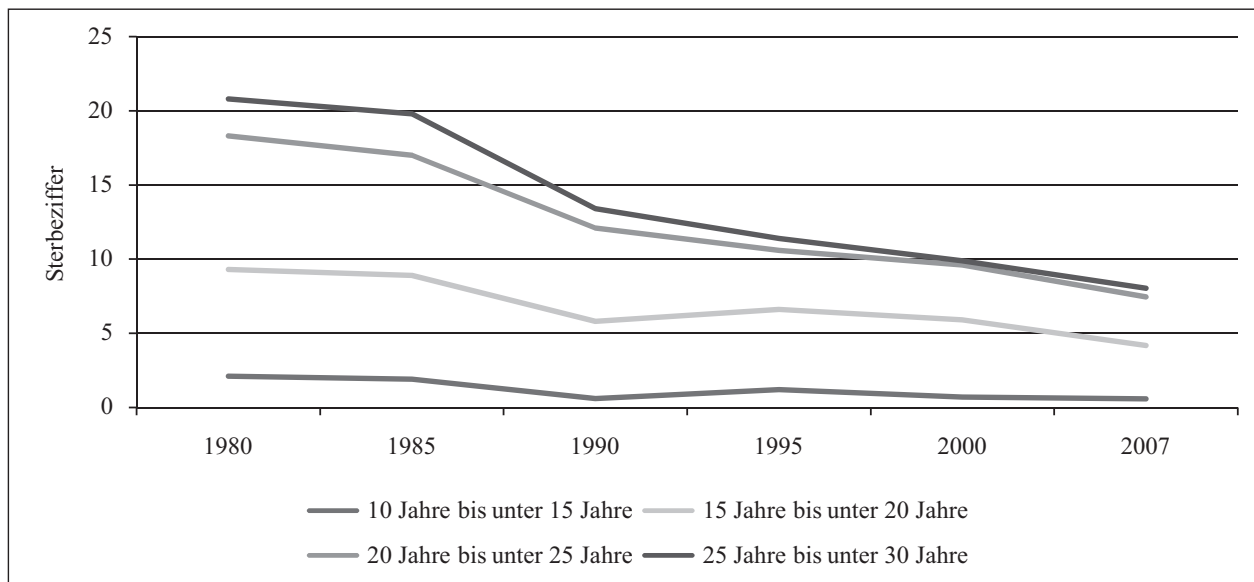
8.2.10 Suizidalität

Suizidalität (drohende Selbsttötung) kann nicht nur im Rahmen einer depressiven, sondern auch bei anderen psychiatrischen Störungen (z. B. Störungen des Sozialverhaltens, Alkohol- und Drogenmissbrauch) auftreten und verschiedene Ebenen umfassen: Suizidgedanken (gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Tod), Suizidversuche (final ausgerichtete Handlung mit lebensbedrohlichem Potenzial, aber ohne Todesfolge) und Suizid (selbst herbeigeführter Tod; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001). Sehnsüchte nach „Ruhe“/Tod und sporadische Erwägung (der Möglichkeit) von Suizid kommen bei einem Großteil von (Kindern und) Jugendlichen gelegentlich vor. Ab dem 12. Lebensjahr kommt es zu einem deutlichen Anstieg von Suiziden (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001), und diese stellen die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen dar (Dlubis-Mertens 2003; Rübenach 2007). 2007 gab es in Deutschland 219 Todesfälle durch Suizide in der Altersgruppe der 10- bis unter 20-Jährigen, die zu 74,4 Prozent männliche und zu 25,6 Prozent weibliche Jugendliche betrafen (Statistisches Bundesamt 2008). Insgesamt ist aber die Rate der durch Suizide ums Leben gekommenen jungen Menschen in Deutschland im Rückgang begriffen (vgl. Abb. 8.8).

Es werden keine amtlichen Statistiken zu Suizidversuchen geführt, aber es muss davon ausgegangen werden, dass Suizidversuche über alle Altersstufen hinweg etwa 10-mal so häufig sind wie Suizide. Während Mädchen häufiger als Jungen Suizidversuche unternehmen, liegt das Verhältnis von vollendeten Suiziden von männlichen zu weiblichen Jugendlichen bei etwa 3:1 (Frank 2005c; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001). Daten zur Suizidalität von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund geben ein heterogenes Bild ab. Insbesondere türkischstämmige Mädchen im Alter von 10 bis 17 Jahren haben eine deutlich höhere Suizidrate als Mädchen ohne Migrationshintergrund. Dies könnte als Ausdruck vermehrten

Abbildung 8.8

Sterbeziffer der durch Selbstmord/(vorsätzliche) Selbstbeschädigung gestorbenen jungen Menschen in Deutschland von 1980 bis 2007 je 100 000 Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008f

Stresses durch mit der Migration zusammenhängende Belastungen bzw. als riskanter Konfliktlösungsansatz in Bezug auf transkulturelle Probleme interpretiert werden (Razum/Zeeb 2004). Suizidalität hat eine multifaktorielle Genese, die durch ein Zusammenspiel von genetisch-biologischen Faktoren, individuellen Bedingungen (z. B. ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl, depressive Erkrankung) und mangelnden sozialen Ressourcen (z. B. um belastende Lebensereignisse wie Scheidung der Eltern oder Gewalterfahrungen zu kompensieren) gesteuert wird (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001; Wolfersdorf 2008; Wunderlich 2004). Auslöser suizidaler Handlungen sind oftmals vorausgegangene Krisensituationen, zwischenmenschliche Probleme und Schulschwierigkeiten (Zimmermann u. a. 2005). Auch die im Internet verfügbaren Seiten und Foren zum Thema Suizid haben, so das Fazit einiger Untersuchungen, einen bislang unterschätzten Einfluss auf das Suizidverhalten von Heranwachsenden (Dlubis-Mertens 2003; Europarat 2008; Forsthoff u. a. 2005; Wahlbeck/Mäkinen 2008).

8.3 Zusammenfassung

Jugendliche stehen vor einer Reihe von Anforderungen, die sich unter dem Aspekt gesundheitsrelevanter Entwicklungsthemen als „den Körper spüren, Grenzen austesten und Identität finden“ zusammenfassen lassen. Die Identitätsentwicklung im Jugendalter ist eine Zeit des Übergangs und der Suche nach dem „Neuen“. Der Umgang mit den gesellschaftlichen Erwartungen und den damit verbundenen „fertigen“ Vorbildern für das Leben, für Partnerschaft und Beruf einerseits, mit den eigenen Vorstellungen und Hoffnungen der heranwachsenden Jungen

und Mädchen andererseits bedürfen der Verarbeitung und Auseinandersetzung mit der Frage nach dem eigenen subjektiv „richtigen Weg“.

Heranwachsende im Alter von 12 bis 18 Jahren sind – wie auch schon Kinder von 6 bis unter 12 Jahren – neben allen positiven Erfahrungen, die sie im System Schule, aber auch in der Freizeit mit sich selbst, mit Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der eigenen Familie machen, in unterschiedlichem Maße mit einer Reihe von Stressoren konfrontiert, wie Gewalterfahrungen im schulischen Kontext, Lern- und Leistungsdruck, Sorgen um die eigene (berufliche) Zukunft. Hinzu kommen durch die körperlichen Veränderungen in der Pubertät und das Ringen um eine kohärente Identität sowie Anerkennung beim eigenen wie beim anderen Geschlecht zeitweise starke Konflikte mit der eigenen Person, dem eigenen Körper und ggf. mit der eigenen sexuellen Orientierung. Jugendliche mit Behinderung sind bei der Aufgabe dem eigenen Körper eine positive Bedeutung beizumessen, besonders gefordert und werden zugleich von ihrer Umwelt dabei weitgehend allein gelassen, solange Behinderung nicht als integraler Bestandteil der Gesellschaft verstanden wird.

Aber auch der Beziehungsstress mit den eigenen Eltern im Aushandeln von Grenzen sowie im Kontakt mit Freunden nimmt zeitweise zu. Trotz dieser Stressoren bleiben und fühlen sich die meisten Jugendlichen gesund und schließen diese Lebensphase erfolgreich ab. Doch bei denjenigen Jugendlichen, die sich bereits aufgrund eingeschränkter personaler und sozialer Ressourcen in früheren Entwicklungsstufen besonders anstrengen mussten, um eine Balance zwischen Risiken und kompensatorischen

Ressourcen herzustellen, können in der Pubertät die Risikofaktoren zeitweise die Ressourcen überwiegen. Je nach biografischer Vorerfahrung und Geschlecht reagieren manche Heranwachsenden dann mit Störungen, bei denen sie geeignete Unterstützung brauchen.

Für viele Jugendliche mit Behinderung erweisen sich die Herausforderungen wachsender Freiheitsgrade bei gleichzeitiger Einordnung in gegebene Verhältnisse als besonders hindernisreich: Denn sie selbst und ihre Kompetenzen, aber auch die Erwartungen und Angebote der elterlichen, schulischen und gesundheitssorgenden Umwelt sind nicht darauf eingestellt, dass auch Mädchen und Jungen mit Behinderungen größere Freiräume für sich verlangen und diese, trotz gleichzeitiger Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen, möglichst eigenständig bewältigen wollen. Dies gilt vor allem für die Ablösung vom Elternhaus, die Zugänge zu Arbeit und Ausbildung sowie zu Gleichaltrigen und für den selbstbestimmten Umgang mit Sexualität.

8.4 Fazit

Um eine stimmige Identität auszubilden, suchen und brauchen Jugendliche Herausforderungen und Grenzen. Sie benötigen genügend soziale Lern- und Erfahrungsräume auch jenseits von Schule und Elternhaus, in denen sie zum einen den eigenen Körper und die eigene Sexualität ausprobieren und spüren können, um so zu lernen, ihren Körper anzunehmen und zu „bewohnen“ (Fend, 2001, S. 222 ff.), statt sich, wie v. a. bei Mädchen zu beobachten – oft verstärkt durch mediale Vorbilder –, besonders mit den vermeintlich negativen Aspekten des eigenen Körpers zu beschäftigen. Hier bewusst Verschiedenheit zu akzeptieren, könnte es auch Mädchen und Jungen mit Behinderungen erleichtern, diese Aufgabe zu bewältigen.

Sie brauchen weiterhin genügend Möglichkeiten, um in ihrem Freundeskreis ihren jugendkulturellen Interessen und Praxen nachzugehen, die ihnen Abgrenzung und die Ausbildung von Eigenständigkeit ermöglichen, wobei dies auch Mädchen und Jungen mit Behinderungen mehr als bisher ermöglicht werden sollte.

Jugendliche bedürfen weiter der Unterstützung bei ihrer Auseinandersetzung mit den gesellschaftlich und medial vermittelten Botschaften des „Alles ist möglich“, denn Jugendliche in dieser Altersphase sind mit der unumgänglichen Herausforderung konfrontiert, eine für sie stimmige Balance zwischen ihren Vorstellungen und Bedürfnissen und den hierfür vorhandenen Möglichkeiten und Grenzen zu finden. Auch in Bezug auf den Konsum von Tabak und Alkohol und (illegalen) Drogen müssen die Jugendlichen ihre Normen finden, da diese aufgrund der durch Taschengeld und eigene Einkünfte erweiterten Finanzspielräume vieler Heranwachsender zu bezahlbaren, weitverbreiteten und leicht zugänglichen „Alltagsdrogen“ geworden sind. Da diese Drogen zugleich einen Risikofaktor auf der Suche nach eigener Identität in dieser Phase des Übergangs und der Suche nach Orientierung darstellen, brauchen die Jugendlichen auch hier Hilfen für den Erwerb der nötigen „Lebenskompetenzen“ im Umgang damit.

Moderne Kommunikations- und Informationstechnologien erlauben mobiles und vielfach unbegrenztes Konsumieren und Verbreiten jugendgefährdender Inhalte. Jugendliche brauchen daher vonseiten des Gesetzgebers einen in den alltäglichen Lebensbezügen Heranwachsender funktionierenden Jugendschutz/Jugendmedienschutz.⁷⁸ Um mit den sich anbietenden riskanten Freiheiten zurechtzukommen, brauchen Jugendliche auch hier Lebenskompetenzen (z. B. Gesundheitswissen und Medienkompetenz), die ihnen neben dem Elternhaus in Settings der (non-)formalen Bildung, z. B. in der Schule und in den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, vermittelt werden können.

Insgesamt brauchen Jugendliche Lebens- und Erfahrungsräume, wie sie ihnen beispielsweise in Form der (offenen) Kinder- und Jugendarbeit zur Verfügung stehen, in denen sie sich jenseits des medialen „Mainstreams“ mit ihren Stärken und Schwächen erleben, aber auch Grenzen austesten können. Dadurch wird es Heranwachsenden möglich, vielfach noch unentdeckte Aspekte des Selbst zu einem realitätstauglichen Bild der eigenen Person (Identität) zusammenzufügen.

Insgesamt brauchen Jugendliche Lebens- und Erfahrungsräume, wie sie ihnen beispielsweise in Form der (offenen) Kinder- und Jugendarbeit zur Verfügung stehen, in denen sie sich jenseits des medialen „Mainstreams“ mit ihren Stärken und Schwächen erleben, aber auch Grenzen austesten können. Dadurch wird es Heranwachsenden möglich, vielfach noch unentdeckte Aspekte des Selbst zu einem realitätstauglichen Bild der eigenen Person (Identität) zusammenzufügen.

9 Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren

9.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen

Die an frühere Einteilungen in Lebensalter geknüpften Erwartungen und Entwicklungsaufgaben, die „Normalbiografien“ begünstigt haben, sind mit dem Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft und dem damit verbundenen Um- und Abbau des Wohlfahrtsstaates brüchig geworden. Mit der Entkoppelung von Bildung und Arbeit angesichts der Flexibilisierung von Märkten ist die biografische Ungewissheit (Bonß u. a. 2004) gewachsen.

Aufwachsen ist also durch sich wandelnde, zum Teil unklare soziale Rollenerwartungen gekennzeichnet. Die Möglichkeiten, den Übergang in das Erwachsenenalter zu gestalten, sind vielfältiger, aber auch unsicherer geworden: Die gewählten Wege versprechen Chancen, bergen aber gleichzeitig vermehrt Risiken. Der Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft, mit Auswirkungen in Bildungs- und Ausbildungsprofilen, Veränderungen im Geschlechterverhältnis, in Lebensstilen und Erfordernissen sozialer Integration sowie neue Kulturen individualisierter Lebensbewältigung sind konstitutiv für das junge Erwachsenenalter. Die Strukturverschiebungen haben neue Handlungserfordernisse und Handlungsmöglichkeiten für junge Männer und Frauen erzeugt, u. a. „sich permanent neu zu orientieren, immer wieder auch Brüche in der eigenen Übergangsbioografie sinnvoll zu integrieren oder kreativ mit den Zumutungen des auf Re-Standardisierung ausgelegten Übergangssystems umzugehen“ (Pohl 2008).

Zentrales Merkmal der Strukturverschiebungen ist, dass junge Erwachsene trotz abnehmender Planbarkeit des eigenen Lebens die Eigenverantwortung für die Entscheidungen in Bezug auf ihre Lebensgestaltung übernehmen

⁷⁸ Jugendschutz hat Verfassungsrang und ist Ausdruck und Bestandteil der gesellschaftlichen Grundwerte.

müssen. Gelang in früheren Jahrzehnten in aller Regel eine planbare Einfädung in die Arbeitsgesellschaft, so ist nunmehr die Altersphase zwischen 18 und 27 Jahren zu einem Lebensabschnitt mit Übergangscharakter geworden, bei gleichzeitig weiterhin deutlicher gesellschaftlich-normativer und subjektiver Ausrichtung auf Status und Einkommen. Dabei müssen viele junge Erwachsene erhebliche Hürden beim Übergang ins Erwerbsleben und hohe Anforderungen an die eigene Mobilität meistern. Das junge Erwachsenenalter hat weiterhin nicht nur die Funktion, Verantwortung für sich tragen zu lernen, sondern auch Verantwortung in Paarbeziehungen und für andere Menschen, vielleicht sogar für eigene Kinder, zu übernehmen.

Ist die Jugendphase für zunehmend mehr Jugendliche mit der Schule verbunden, so muss im jungen Erwachsenenalter nun selbst eine institutionelle Anbindung der Lebensführung und der sozialen Integration (z. B. Zivildienst, Ausbildung, Studium usw.) gesucht und gestaltet werden. Gleichwohl gibt es nach wie vor einen statusbezogenen Orientierungsdruck vonseiten des Erwachsenenalters, mit dem ein Bild vom „fertigen Menschen“ (Böhnisch 2008) transportiert wird, das aber ebenfalls nicht mehr in sich stimmig ist. Wie das junge hat auch das reifere Erwachsenenalter zunehmend Züge permanenten Wandels angenommen. Dieser Wandel eröffnet zwar kreative Möglichkeiten der Selbstinszenierung und Lebensgestaltung, kann aber auch verunsichernd wirken.

Die im jungen Erwachsenenalter häufig gewählte Strategie „einer zeitlichen Verschiebung der Eindeutigkeit auf die Zukunft“ (Beck u. a. 2004) erweist sich inzwischen als trügerisch, ist doch biografische Unsicherheit zunehmend konstitutiv für alle Lebensalter geworden. Gleichwohl ist der Druck im jungen Erwachsenenalter besonders hoch, im „Chaos der Möglichkeiten „richtig“ zu entscheiden“ (Bonß u. a. 2004, S. 212), und zwar in beruflicher Hinsicht ebenso wie bezüglich der sozialen Verortung (Keupp u. a. 2004), die sich im sozialanthropologischen Diskurs „bestimmt durch die Schlüsselkategorien Vertrauen, Anerkennung und Zugehörigkeit“ (ebd., S. 237). Diese sind im Kontext der Entgrenzung von Arbeit (Oehme/Schröer 2008) zu sehen, die zunehmend alle Lebensbereiche, auch das bisherige Privatleben, durchzieht, mit der Folge, dass sich soziale Freiräume zunehmend auflösen (Keupp u. a. 2004). Der Wandel der Arbeitswelt hat aber nicht nur Auswirkungen auf soziale Verortungen der jungen Erwachsenen, sondern auch auf ihre persönlichen Zielsetzungen, bezogen auf die gegenwärtige Lebenssituation und das, was sie jeweils in Zukunft in unterschiedlichen Lebensbereichen erreichen oder vermeiden möchten (Brunstein/Maier 2002). Aus der skizzierten Situation ergeben sich für das junge Erwachsenenalter die folgenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen (vgl. Rietzke/Galuske 2008; Stauber u. a. 2007; Stauber/Walther 2002):

- sich entscheiden (müssen)
- Verantwortung übernehmen
- Intimität leben.

Diese Themen stellen sich für alle jungen Männer und Frauen grundsätzlich zunächst in gleicher Weise dar, jedoch auch geschlechterdifferent und noch einmal spezifisch für unterschiedliche Zielgruppen. So sind diese Themen z. B. für junge Frauen und Männer dann besonders schwer umzusetzen, wenn sie im Sinne einer doppelten Übergangeneit einer Lebenslage (Pohl 2008) keinen Schulabschluss und keine berufliche Qualifikation vorweisen können – eine Situation, in der sich überproportional häufig sozial benachteiligte junge Erwachsene, und darunter besonders junge Männer mit Migrationshintergrund, finden. Auch jungen Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen und chronischen Krankheiten kann es an persönlichen, aber v. a. auch an äußeren Voraussetzungen und Teilhabechancen für einen gelingenden Übergang in die Selbstständigkeit fehlen.

Alle drei Entwicklungsthemen sind gesundheitsrelevant, da ihre erfolgreiche Bewältigung Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden fördert. Sie stehen überdies in einem inneren Zusammenhang. Nach dem ersten Augenschein mögen die Entwicklungsthemen an *Havighursts* Entwicklungsaufgaben (1972) und an *Eriksons* Modell psychosozialer Entwicklungsaufgaben (1968) erinnern, ist doch nach *Erikson* der Übergang im Erwachsenenalter (6. Phase) durch die Bewältigung von Intimität versus Isolierung bestimmt. Aus seiner Sicht ist zu einer intimen, stabilen Partnerschaft nur fähig, wer sich binden und lieben kann (Fuhrer/Trautner 2005). Während jedoch *Eriksons* Modell psychosozialer Entwicklung der Idee eines epigenetischen Grundschemas folgt, wie auch *Havighursts* Modell, das spezifische Thematiken im Lebenslauf festlegt, wurden die Überlegungen zu den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen im jungen Erwachsenenalter auf der Folie der Standardisierung des Lebenslaufs entwickelt. Die damit einhergehende Unsicherheit und Ungewissheit führt in zunehmendem Maße zu Lebenssituationen, für die es offenbar keine wohlfahrtsstaatliche Zuständigkeit mehr gibt. Dies hat eine weitere Differenzierung von Lebensverläufen zur Folge.

Intimität leben

Die im jungen Erwachsenenalter erfahrene Unsicherheit in zeitlicher wie ökonomischer Hinsicht ist oft verbunden mit einer lang andauernden ökonomischen Abhängigkeit, die eine eigene Zukunftsplanung für junge Frauen und Männer erschwert (Stauber 2008). Sie geht einher mit einem im Durchschnitt späteren Auszug aus dem Elternhaus, was einem strukturellen Paradox gleichkommt (Chisholm/Hurrelmann 1995), tritt doch die psychosexuelle Reife heute früher ein als bei entsprechenden Altersgruppen in den Jahrzehnten vorher.

Weiter ist festzustellen, dass viele junge Menschen lange Zeit Intimität in flexiblen Formen von Partnerschaften leben (z. B. in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften), dies mag neben der Befreiung von allzu rigiden Sexual- und Ehenormen auch eine Anpassung an die veränderten Bedingungen von Unsicherheit darstellen, die Paarbeziehungen „ohne das Eingehen langfristiger bindender Versprechen ermöglichen“ (Blossfeld u. a. 2008, S. 30). Die Eheschließung und die Gründung einer Familie wird zu-

nehmend aufgeschoben – oder es wird sogar völlig darauf verzichtet (Blossfeld u. a. 2008). So beträgt das Heiratsalter bei Männern im Durchschnitt inzwischen 32 Jahre, bei Frauen 29 Jahre (Seiffge-Krenke 2008b). Entsprechend später erfolgen Eheschließung und Geburt des ersten Kindes, wobei einige Familiensoziologen erst dieses Ereignis als Beginn des Erwachsenenalters erachten (Seiffge-Krenke 2008b). Da für eine erhebliche Zahl junger Erwachsener die berufliche Platzierung ins dritte Lebensjahrzehnt verschoben ist, in dem gleichzeitig die Familiengründung ansteht, wird vor allem im Blick auf junge Frauen von der „Rush hour des Lebens“ gesprochen. Es wäre jedoch falsch, späte Heirat und Geburt des ersten Kindes als eine abnehmende Familienorientierung zu verstehen, denn gleichzeitig wächst die Zahl zusammenlebender unverheirateter Paare und Alleinerziehender. Außerdem kann die Verlängerung der Phase des Suchens und Ausprobierens auch unter dem Aspekt der gestiegenen Ansprüche an Familie und Partnerschaft, gerade auch bei jungen Frauen, verstanden werden. Bei der Geburt des ersten Kindes vollzieht sich dann allerdings häufig ein „Rückfall“ in die überkommene Rollenteilung, die auch dadurch begünstigt wird, dass jungen Männern auf dem Arbeitsmarkt immer noch bessere Verdienstmöglichkeiten geboten werden als Frauen (Stauber/Walther 2002).

Sich entscheiden (müssen) und Verantwortung übernehmen

Junge Erwachsene sind zwar in aller Regel sehr motiviert, auch unter unsicheren Rahmenbedingungen die Entscheidungen zu treffen, die ihren persönlichen Lebensentwürfen entsprechen. Doch ergeben sich nach wie vor auf der Grundlage von Bildungsabschlüssen, Familienzugehörigkeiten, ethnischem Hintergrund, Geschlecht und gesundheitlichen Einschränkungen unterschiedlich große Entscheidungs- und Handlungsspielräume. Trotz unterschiedlicher Voraussetzungen wird allerdings von allen jungen Erwachsenen gleichermaßen erwartet, dass sie selbstverantwortlich eigene Entscheidungen treffen. Auch die mit einer Entscheidung (z. B. für einen Beruf mit schlechten Anstellungs- und Verdienstmöglichkeiten) verbundenen sozialen Risiken sind persönlich zu tragen. Diese Risiken haben jedoch eine unterschiedliche Tragweite, abhängig von den jeweils unterschiedlichen persönlichen Sicherheitssystemen. So können ökonomisch und sozial besser gestellte junge Männer und Frauen Misserfolge oder Rückschläge leichter als Ereignisse sehen, die nicht dem eigenen Handeln zugerechnet werden und dementsprechend als unbeeinflussbar gelten (Bonß u. a. 2004). Und sie werden sie aufgrund ihrer vielfältigen Optionen und Kompensationsmöglichkeiten in der Regel sehr viel gekonnter bewältigen als die wachsende Zahl junger Männer und Frauen ohne diese Basis, für die das Tor zur Berufswelt vielleicht schon sehr früh zufällt. Der Anspruch, Verantwortung für sich zu übernehmen, kann also bei unterschiedlicher sozialer Lage gänzlich verschiedene Konsequenzen haben. Und obwohl die Voraussetzungen, Brüche in ihrer Übergangsbiografie produktiv zu verarbeiten und mit einem neuen Versuch zu verbinden, sehr unterschiedlich sind, sind beide Gruppen in gleicher Weise gefordert, sich nicht entmutigen zu lassen.

Angesichts dieser gleichen Erwartung an die Selbstverantwortlichkeit bei sehr ungleichen äußeren Chancenstrukturen ist die Verfügbarkeit persönlicher Ressourcen von Bedeutung, da sie über die erfolgreiche Bewältigung von äußeren Anforderungen mitentscheiden. So können Optimismus, ein positives Selbstkonzept und eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung dazu beitragen, trotz schlechter Ausgangsbedingungen Aufgaben und Probleme als bewältigbar wahrzunehmen und deshalb eigene Anstrengungen zur Problemlösung als lohnend einzuschätzen (Bengel u. a. 1998). Die Bewältigung enttäuschender Situationen durch eigene Aktivität kann sogar das Vertrauen in die eigene Person und Kompetenz stärken (Egle/Hoffmann 2000; Werner 2007; Werner/Smith 2001).

Die Entwicklungsthemen sind, wie bereits knapp skizziert, nicht geschlechterneutral. *Stauber* (2008) zeigt, wie durch das Ineinandergreifen von Strukturen, Interaktionen und individuellen Entscheidungsprozessen in spätmodernen sogenannten Jo-Jo-Übergängen Geschlecht differenzial hervorgebracht wird. So hätten zwar Mädchen in Sachen Bildungsniveau/-leistungen Jungen überholt, dieser Vorsprung werde im weiteren Bildungsverlauf jedoch nivelliert. Zum Beispiel promovieren Frauen nur halb so oft wie Männer, und in Bezug auf den Zugang zum dualen Ausbildungssystem haben junge Frauen mit Hauptschulabschluss wesentlich schlechtere Ausbildungschancen als junge Männer mit Hauptschulabschluss. Ähnliches lasse sich – so *Stauber* – an der zweiten Schwelle, der Berufseinstiegung nach der Ausbildung feststellen. Diese Benachteiligung kann für die jungen Frauen auch gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Denn neben der Bedeutung der Berufsausübung für die Entwicklung der eigenen Identität hat die Partizipation am Erwerbsleben auch eine Schutzfunktion, wobei Faktoren wie eigenes Einkommen, emotionale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sowie Arbeitsplatzsicherheit und -zufriedenheit eine wichtige Rolle spielen (Werner/Smith 2001).

Für junge Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten kann sich die Situation insofern sehr ambivalent darstellen, als die Behindertenhilfe mit ihren Einrichtungen zwar Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten bieten kann, damit aber häufig auch ein hoher Grad an Exklusion verbunden ist. Die Möglichkeiten des (betreuten) eigenständigen Wohnens und der Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt sind dagegen immer noch sehr beschränkt, wie sich aus dem im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts durchgeführten Hearings mit Repräsentanten der Behindertenverbände ergab.

Doch auch bei der Bewältigung von Arbeitsplatzproblemen, die der Mehrzahl der jungen Erwachsenen schließlich gelingt, spielen persönliche Faktoren eine Rolle. So verlassen inzwischen so viele junge, gut ausgebildete Frauen zwischen 18 und 29 Jahren die eher strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands, dass dies dort schon zu einem demografischen Missverhältnis geführt hat. Dies gilt auch für einen Teil der jungen Männer, während andere, vor allem diejenigen ohne Ausbildung und Arbeit, in Devianz flüchten (Bock 2008).

Obwohl die Gestaltung des jungen Erwachsenenalters und damit auch die Möglichkeit, für sich und andere Verantwortung zu übernehmen, zunehmend mehr zur Sache des Einzelnen geworden ist und dies den meisten auf unterschiedlichste Weise auch gelingt, halten die wohlfahrtsstaatlichen Institutionen, und so auch die Kinder- und Jugendhilfe, an der „Normalbiografie“ als Leitperspektive fest (Stauber/Walther 2002). Nach SGB VIII hat die Kinder- und Jugendhilfe den Auftrag, sich „aktiv in die Gestaltung von Lebensverhältnissen junger Menschen einzubringen und positive Lebensbedingungen für junge Menschen und Familien zu schaffen“ (Raitelhuber 2008, S. 16). Dies gilt nach dem aktuellen Kinder- und Jugendhilferecht (§ 1 SGB VIII) nicht nur bis zur Volljährigkeit, sondern für alle, die noch nicht 27 Jahre alt sind. „Jedoch tritt spätestens mit Überschreiten der Volljährigkeitsschwelle an die Stelle des Moments der „Erziehung“ jenes der „Selbstständigkeit“, und nicht die elterliche Erziehungsverantwortung, sondern die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und einer eigenverantwortlichen Lebensführung der jungen Menschen“ (Rosenbauer 2008, S. 150). Es soll an dieser Stelle lediglich darauf hingewiesen werden, dass die Hürden für die Hilfestellung für junge Erwachsene nach § 41 SGB VIII in den zurückliegenden Jahren zunehmend höher wurden und dass sich in der Inanspruchnahme von Leistungen nach § 28 bis 35 SGB VIII durch junge Erwachsene erhebliche regionale Unterschiede zeigen (Rosenbauer 2008). Bislang wird aber die Mittelvergabe für junge Erwachsene fast ausschließlich daran gekoppelt, dass sie sich in den Dienst der Arbeitswelt stellen (Oehme/Schröder 2008). Fraglich ist, welchen Erfolg es hat, wenn eine Verschärfung der „Aktivierungspolitik“ in den Vordergrund der Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe und die Arbeitsagenturen tritt – statt einer produktiven Förderung der eigenen Stärken und der Persönlichkeitsentwicklung sowie einer eigenverantwortlichen Lebensführung von (arbeitslosen) jungen Erwachsenen, u. U. auch jenseits von Arbeit und Beruf.

9.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

In den Gesundheitssurveys wird die Altersgruppe der jungen Erwachsenen (bisher) kaum berücksichtigt. Die Zentrierung von Surveys auf die frühe Kindheit und das Jugendalter resultieren aus der Prämisse, dass ihnen für Prävention und Förderung von Gesundheit eine entscheidende Bedeutung zugeschrieben wird (Lampert u. a. 2008). Außerdem wird festgestellt, dass zwar Unterschiede in der Ausprägung der sozialen Gradienten über den gesamten Lebenslauf bestehen, dass diese jedoch, bezogen auf Mortalität und Morbidität, in der frühen Kindheit und dem mittleren Erwachsenenalter am stärksten ausgeprägt sind (Siegrist/Marmot 2008). Insofern lassen sich auch nur unzureichende Aussagen darüber treffen, wie viele junge Frauen und Männer aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Behinderungen von vornherein schlechtere Chancen haben, die Herausforderungen des jungen Erwachsenenalters zu bewältigen, und welcher Anteil diesen Anforderungen aufgrund einer guten Gesundheit besser gewachsen ist. Unklar ist auch, wie

sich diese Anteile bei jungen Menschen mit unterschiedlichem sozialen und kulturellen Hintergrund jeweils unterscheiden und weiter, wie viele und welche der jungen Erwachsenen auf den Mangel an beruflichen Chancen und an sonstigen befriedigenden Perspektiven mit sinkendem Wohlbefinden, geschwächtem Kohärenzsinn und Einbußen in ihrer körperlichen Gesundheit reagieren.

9.2.1 Psychische Gesundheit

Analysen auf Basis des Bundesgesundheitssurveys von 1998 belegen, dass die Menschen in der Bundesrepublik insgesamt zufrieden mit ihrem Leben sind, und zwar in Ostdeutschland etwas weniger als in Westdeutschland. Dort allerdings sind bestimmte psychische Erkrankungen wie soziale Ängste, depressive Erkrankungen sowie Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen häufiger anzutreffen als in Ostdeutschland (Jacobi u. a. 2004).

Die Häufigkeit von psychischen Störungen im jungen Erwachsenenalter entspricht deren Häufigkeit im Kindesalter und liegt bei ca. 20 Prozent. Diese ähnlichen Häufigkeiten sagen aber nur wenig darüber aus, ob jeweils dieselben jungen Erwachsenen betroffen waren, die schon als Kinder auffällig wurden (Schmidt 2004). Psychische Störungen weisen im Entwicklungsverlauf zwar eine Stabilität von ca. 50 Prozent auf (Ihle/Esser 2002), das bedeutet aber auch, dass etwa die Hälfte aller Betroffenen (wieder) in die Gruppe der Unauffälligen überwechselt und andere Heranwachsende erst später Störungen entwickeln. So gehörten von den Kindern, die bereits im Alter von 8 Jahren psychisch auffällig waren, im Alter von 25 Jahren nur noch 10 bis 15 Prozent zu den Auffälligen.

Tabelle 9.1

Häufigkeit psychischer Störungen (ICD-10 Diagnosen) bei jungen Erwachsenen (Prävalenzen in Prozent)^{79 80}

	18 Jahre	25 Jahre
internalisierende Störungen ⁷⁹		
gesamt	9,3	10,3
Männer	5,6	6,1
Frauen	14,1	15,5
externalisierende Störungen ⁸⁰		
gesamt	11,8	11,8
Männer	14,5	16,8
Frauen	8,5	5,6

Quelle: Ihle u. a. 2002

⁷⁹ Internalisierende Störungen umfassen vorwiegend affektive Störungen (Ängste, Depression), neurotische (z. B. Zwangserkrankungen), Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörungen) sowie Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.

⁸⁰ Externalisierende Störungen umfassen ADHS, aggressiv-dissoziales Verhalten und Substanzmissbrauch/-abhängigkeit.

Von den jungen Erwachsenen, die im Alter von 18 und 25 Jahren unter internalisierenden Auffälligkeiten litten, war gut ein Drittel bereits im Alter von 8 und 13 Jahren im emotionalen Bereich psychisch auffällig. Junge Erwachsene, die im Alter von 18 und 25 Jahren durch externalisierende Störungen auffielen, zeigten sogar zu knapp der Hälfte bereits mit 8 Jahren ADHS und dissoziales Verhalten, und weitere zwei Drittel im Alter von 13 Jahren. Diese Auffälligkeiten im Alter von 13 und 18 Jahren stehen ebenfalls mit der Entwicklung von Suchterkrankungen im Alter von 25 Jahren in Beziehung (Esser u. a. 2000).

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Hauptmerkmale von Persönlichkeitsstörungen sind Schwierigkeiten in der Regulation von Gefühlen, der Kontrolle von Impulsen und der Interaktion mit anderen Menschen. Diese Schwierigkeiten beruhen auf stabilen und inflexiblen Handlungsmustern sowie Einstellungen sich selbst/anderen Menschen gegenüber (Schmid/Schmeck 2008). Unter den Persönlichkeitsstörungen wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in dieser Altersstufe relativ häufig diagnostiziert. BPS ist eine schwerwiegende Störung der Gefühlsregulation und Impulskontrolle, begleitet von verzerrter Wahrnehmung der eigenen Person (Identitätsstörung) und Störungen der sozialen Interaktion (Bohus/Schmahl 2007; Wunderlich 2004). Hervorstechendes Symptom einer BPS ist die Tendenz zu selbstverletzendem und suizidalem Verhalten. Die Prävalenz der BPS wird für Jugendliche und junge Erwachsene insgesamt mit Werten zwischen 5 und 11 Prozent angegeben⁸¹ (Brunner u. a. 2001), wobei mehr junge Frauen als junge Männer betroffen sind (Lieb u. a. 2004). Der Beginn der Störung liegt meist in der frühen Adoleszenz (um das 14. Lebensjahr); eine Vollaussprägung des Symptombildes (und damit verbunden häufig der erste stationäre psychiatrische Klinikaufenthalt) erfolgt meist um das 24. Lebensjahr (Bohus/Schmahl 2006) und unterliegt danach teilweise hohen Remissionsraten⁸² (Bohus/Schmahl 2007). Psychische Begleiterkrankungen sind häufig depressive Störungen, weitere Persönlichkeitsstörungen und ADHS. Als prognostisch günstig für den Verlauf gelten eine hohe Intelligenz, künstlerisch-musische Begabungen, geringes Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und eine gute berufliche und soziale Einbindung. Als ungünstig gelten dissoziale Persönlichkeitszüge, eine starke Symptomaussprägung, ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau, übermäßiger Substanzkonsum und intensive Traumatisierungen durch nahe stehende Bezugspersonen (Schmid/Schmeck 2008; Bohus/Schmahl 2007; Herpertz-Dahlmann/Herpertz 2008).

Zur Psychotherapie der BPS wurden spezielle Verfahren entwickelt, die die Symptomatik zumindest abschwächen

können. Kann die BPS nicht erfolgreich behandelt werden, so haben die Betroffenen in ihrem Alltag zahlreiche psychosoziale Schwierigkeiten, die ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren. Zwischenmenschliche Kontakte erscheinen ihnen häufig als bedrohlich und unkontrollierbar, entsprechend große Schwierigkeiten ergeben sich beim Eingehen und Gestalten sozialer und intimer Beziehungen, sodass es zu sozialer Isolierung kommen kann. Zudem fallen die Betroffenen häufig durch Schulverweigerung auf und können nur eingeschränkt Verantwortung für ihre Erwerbsbiografie übernehmen. Sie wechseln oder verlieren häufig den Arbeitsplatz, brechen begonnene Ausbildungen oft mehrfach ab und sind vielfach von Arbeitslosigkeit betroffen.

Als Ursachen für die Entwicklung einer BPS werden Wechselwirkungen zwischen einer genetischen Prädisposition, traumatischen Erfahrungen (z. B. schwerwiegende Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, elterliche Gewaltausübung etc.) und dysfunktionalen Verhaltensmustern (z. B. Impulsivität) diskutiert (Bohus/Schmahl 2007; Herpertz-Dahlmann/Herpertz 2008).

9.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen

Ist das Jugendalter noch eine Phase, in welcher der experimentelle, vorübergehende Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen weit verbreitet ist (vgl. Kap. 8.2.3), so steigt im jungen Erwachsenenalter unter denjenigen, die auch weiterhin diese Substanzen konsumieren, die Tendenz zu einem schädlichen Gebrauch⁸³ und zur Abhängigkeit.⁸⁴

9.2.2.1 Missbrauch und Abhängigkeit von Nikotin, Alkohol und Medikamenten

In Deutschland stellt im jungen Erwachsenenalter der Konsum von Alkohol und Tabak die wichtigste Suchtgefährdung dar, wobei erhöhter bzw. chronischer Tabak- und Alkoholkonsum zu einer Vielzahl von (späteren) Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen führen kann (Robert Koch Institut 2006b). Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006⁸⁵ (Epidemiological Survey on Substance Abuse: vgl. Kraus, 2008) belegen, dass Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Nikotinabhängigkeit in der Altersgruppe der 18- bis unter 29-Jährigen deutlich weiter verbreitet sind als in der Gesamtbevölkerung der 18- bis unter 65-Jährigen; dies betrifft Männer in weitaus größerem Ausmaß als Frauen (vgl. Tabelle 9.2).

⁸¹ Aufgrund der hohen Remissionsraten der BPS wird eine Prävalenzrate für die (amerikanische) Gesamtbevölkerung im Alter von 15 bis 45 Jahren von 2 Prozent geschätzt (Lieb u. a. 2004); vergleichbare Daten für den deutschen oder europäischen Raum liegen nicht vor (Bohus/Schmahl 2006).

⁸² Zwei Jahre nach Diagnosestellung erfüllen nur noch 60 Prozent die erforderlichen Diagnosekriterien, nach vier Jahren 50 Prozent, nach sechs Jahren noch 33 Prozent und nach acht Jahren noch 20 Prozent. Die Rückfallrate ist mit 6 Prozent gering (Bohus/Schmahl 2007).

⁸³ Von einem schädlichen Gebrauch (Missbrauch) von Substanzen wird nach ICD-10 gesprochen, wenn durch den Substanzkonsum eine Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit vorliegt. Ferner muss das schädigende Konsumverhalten mit einer Vielzahl von sozialen Folgeproblemen assoziiert sein (Sass u. a. 1998).

⁸⁴ Bei Betroffenen, die eine Abhängigkeit von bestimmten Substanzen zeigen, sind ein starker Konsumwunsch und verminderte Kontrollfähigkeit im Hinblick auf Beginn, Ende und Menge des Substanzkonsums, ein körperliches Entzugssyndrom, der Nachweis einer Toleranzentwicklung, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen sowie ein anhaltender Substanzkonsum trotz schädlicher Folgen vorhanden (vgl. ICD-10; Sass u. a. 1998).

⁸⁵ Der Epidemiologische Suchtsurvey ist eine regelmäßig wiederholte Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland.

Tabelle 9.2

Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Nikotinabhängigkeit

	Alkoholmissbrauch	Alkoholabhängigkeit	Nikotinabhängigkeit
Gesamt ⁸⁶	3,8 %	2,4 %	7,3 %
Männer	6,4 %	3,4 %	8,3 %
Frauen	1,2 %	1,4 %	6,2 %
18 bis 20 Jahre	8,8 %	5,5 %	9,3 %
21 bis 24 Jahre	7,4 %	6,1 %	11,3 %
25 bis 29 Jahre	4,2 %	2,5 %	8,4 %

Quelle: Pabst/Kraus 2008 (Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit); Baumeister u. a. 2008 (Nikotinabhängigkeit)

Die Gesamtzahl medikamentenabhängiger Personen wird in Deutschland auf 1,4 Mio. geschätzt. Das Problem ist daher von seinen quantitativen Dimensionen mit Alkoholabhängigkeit gleichzusetzen, wird aber im Gegensatz zur Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS 2008a; Rabbata 2005; Rösner u. a. 2008). Daten des ESA 2006 zum Missbrauch und zur Abhängigkeit von Medikamenten belegen zwar, dass dysfunktionale Konsummuster in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen wenig verbreitet sind, doch wurde vor allem in der Altersgruppe der unter 25-jährigen Frauen eine Tendenz zu unkritischem Medikamentenkonsum festgestellt (Rösner u. a. 2008).

9.2.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln

Der (missbräuchliche und abhängige) Konsum illegaler Drogen ist ein Phänomen, das vor allem die Bevölkerungsgruppe der unter 40-Jährigen betrifft. Nach Daten des ESA 2006 (Kraus u. a. 2008) geben 2,5 Prozent der 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen (als Indikator für aktuellen Konsum) illegale Drogen konsumiert zu haben, wobei der Anteil der Frauen deutlich geringer ist als der der Männer. Am weitesten verbreitet sind der Missbrauch und die Abhängigkeit von Cannabis. Mit wachsendem Alter ist ein leichter Rückgang des illegalen Drogenkonsums in dieser Altersgruppe zu verzeichnen, wobei es zwischen den konsumierten Substanzen und über die Jahre unterschiedliche Trends gibt (vgl. Abb. 9.1).

Entsprechend seiner relativ zu anderen Drogen häufigen Verwendung hat Cannabis auch das größte Potenzial für die Entwicklung eines Missbrauchs/einer Abhängigkeit, wobei Männer hiervon stärker als Frauen und 18- bis 20-Jährige stärker als 25- bis 29-Jährige betroffen sind (vgl. Tabelle 9.3).

⁸⁶ Bezogen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen im ESA 2006.

Tabelle 9.3

Prävalenz von Cannabissmissbrauch/-abhängigkeit (ESA 2006, Angaben in Prozent)

	Cannabissmissbrauch	Cannabisabhängigkeit
Gesamt ⁸⁷	0,7	0,4
Männer	1,2	0,6
Frauen	0,3	0,3
18 bis 20 Jahre	3,8	1,9
21 bis 24 Jahre	3,4	1,1
25 bis 29 Jahre	1,1	1,0

Quelle: Kraus u. a. 2008

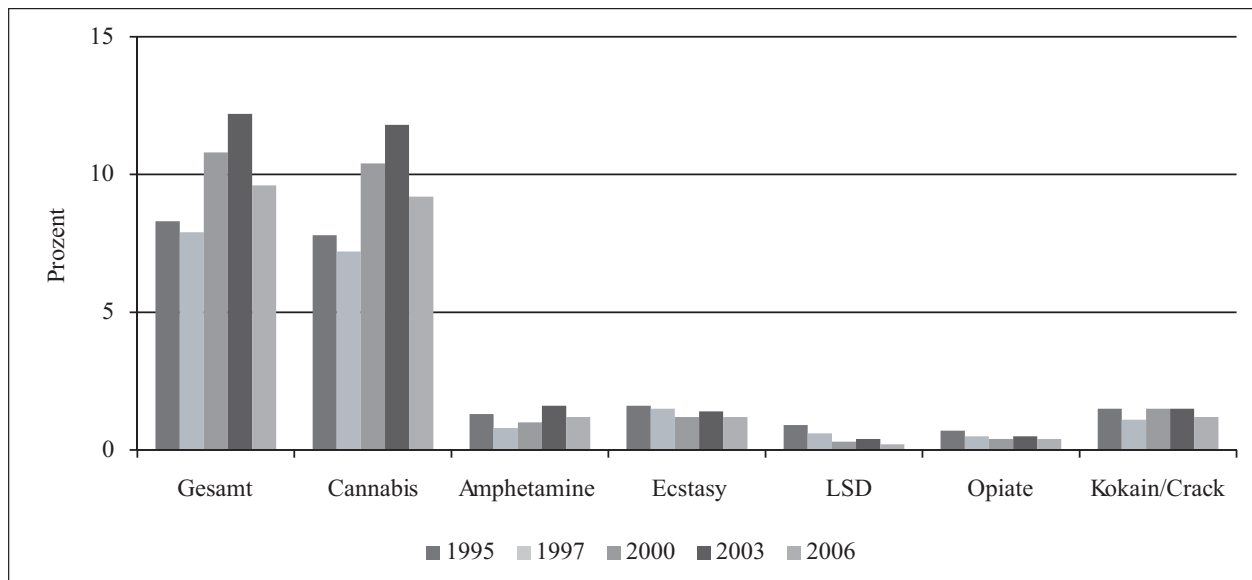
Obwohl die Zahlen insgesamt gering sind, steht Drogenabhängigkeit bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund an dritter Stelle der psychischen Störungen. Junge russlanddeutsche Spätaussiedler bilden eine besondere Risikogruppe (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD 2007). Als Einstiegsdroge wird von ihnen in der Mehrheit Heroin konsumiert (Kazin 2006). Da in den Herkunftsländern Opiate relativ einfach zu erhalten sind, kommen viele junge Spätaussiedler schon mit Vorerfahrungen im legalen und illegalen Drogenkonsum nach Deutschland. 10 Prozent der durch Drogenkonsum verursachten Drogentodesfälle betreffen diese Gruppe (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD 2007).

In den letzten Jahren nimmt das Wissen über längerfristige kognitive und psychische Folgen des Cannabiskonsums zu. Früh einsetzender, gewohnheitsmäßiger, (fast)

⁸⁷ Bezogen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen im ESA 2006.

Abbildung 9.1

**Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen
(Altersgruppe 18 bis 39 Jahre, ESA 2006, Angaben in Prozent)**



Quelle: Kraus u. a. 2008

täglicher mehrfacher und hochdosierter Cannabiskonsum kann offensichtlich die Entwicklung Jugendlicher vor allem im Hinblick auf soziale Beziehungen, die allmähliche Übernahme von Erwachsenenrollen und die Schullaufbahn deutlich beeinträchtigen. Viele Studien weisen auf Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und psychischen Störungen hin. Während es wohl nur schwache Zusammenhänge zwischen Depression/Suizidalität und Cannabismisbrauch gibt, die möglicherweise auf gemeinsame Prädiktoren und zusätzliche Belastungsfaktoren (wie Alkoholmisbrauch) zurückzuführen sind, ist der Zusammenhang mit der Entwicklung von Schizophrenie deutlicher. Aber auch hier spielt Cannabis mit großer Wahrscheinlichkeit keine kausale Rolle, eher beschleunigt es den Ausbruch von Schizophrenien bei bereits bestehender Vulnerabilität. Riskante Konsummuster können zudem zu psychischer Abhängigkeit führen. Offensichtlich kann lange andauernder und hoch dosierter Cannabiskonsum auch mit relativ milden Entzugssymptomen aus Irritabilität, Unruhe und Dysphorie einhergehen (Horn 2008). Im Rahmen einer prospektiv verlaufenden Studie sind im Verlauf der vierjährigen Nachbeobachtungszeit bei 17 Prozent der Konsumenten, die zu Beginn der Studie 14 bis 24 Jahre alt waren, Entzugssymptome nachgewiesen worden (Nocon u. a. 2006). Cannabis wird häufig noch als Wegbereiter für den Konsum anderer illegaler Drogen, also als Einstiegsdroge, bezeichnet (Horn 2008).

9.2.2.3 Nichtstoffgebundene Süchte

Neben den medizinisch anerkannten Suchtformen (Tabak-, Alkohol- und Drogensucht) werden noch eine Reihe

anderer Suchtformen öffentlichkeitswirksam diskutiert, über deren Verbreitung und faktische Relevanz bisher aber noch wenig bekannt ist. Prinzipiell kann nach dem gegenwärtigen Verständnis von Sucht als „Extremverhalten“ fast jede Tätigkeit eine suchtförmige Gestalt annehmen, wobei die Grenze zwischen Normalität und Abweichung nur schwer zu ziehen ist (Sting 2008). Nichtstoffgebundene Süchte – soweit man überhaupt davon sprechen will – sind daher in Bezug auf ihre Inhalte schwer einzugrenzen. Prominente Beispiele sind u. a. Glücksspiel-, Kauf- und Internet-/Onlinesucht.

Glücksspielsucht stellt die übermäßige Beschäftigung mit Glücksspielen, das Nichtaufhören können beim Spielen und die Unfähigkeit zur Abstinenz von Glücksspielbeteiligung dar (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS 2008). Die genaue Zahl der pathologischen Glücksspieler ist in Deutschland nicht bekannt. Nach einer groben Schätzung soll es sich um 100 000 bis 170 000 Betroffene handeln (Meyer 2007). Der Blick auf die Geschlechterverteilung verdeutlicht, dass mit ca. 90 Prozent der Fälle überwiegend Männer betroffen sind. In Bezug auf die Altersstruktur sind Personen ab 22 Jahren, in nennenswertem Umfang ab 28 Jahren betroffen. Glücksspielsucht stellt damit eine Problematik dar, die vor allem Männer ab dem mittleren Erwachsenenalter betrifft, die sich allerdings schon im jungen Erwachsenenalter anbahnen kann (Sting 2008).

Kaufsucht ist dadurch gekennzeichnet, dass sie die „für ein Suchtverhalten typischen Merkmale [zeigt, nämlich] Verengung auf bestimmte Objekte, die Unwiderstehlich-

keit [des Kaufaktes] und in vielen Fällen auch die Dosissteigerung [bis hin zum Kaufexzess] und das Auftreten von Entzugserscheinungen“ (Lange/Choi 2004, S. 133) bei betroffenen Personen. In Deutschland wird der Anteil von kaufsüchtigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren mit 6 Prozent insgesamt, aber mit 7 Prozent in West- und 4 Prozent in Ostdeutschland angegeben (Lange/Choi 2004); Frauen sind anfälliger für Kaufsucht als Männer (Lange/Choi 2004; Müller u. a. 2007). Tendenziell ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Anteil der Kaufsuchtgefährdeten größer als bei (älteren) Erwachsenen (Neuner u. a. 2008).

Vor dem Hintergrund steigender Zahlen an überschuldeten Haushalten von jungen Erwachsenen sind die Themen Glücksspielsucht und Kaufsucht durchaus von Bedeutung (Lange/Choi 2004).

Das einzige Feld, zu dem über die medizinisch diagnostizierten Suchtformen hinaus nennenswerte Daten vorliegen, ist die Internet- oder Onlinesucht. *Hahn und Jerusalem* bezeichnen Internetsucht „als eine moderne Verhaltensstörung und eskalierte Normalverhaltensweise im Sinne eines exzessiven und auf ein Medium ausgerichteten Extremverhaltens“ (2001, S. 283). Internetsucht erscheint dabei vor allem als Jugendproblematik: Bei den unter 20-Jährigen gelten 7,2 Prozent der Befragten als internetsüchtig und 10 Prozent als gefährdet. Die Geschlechterverteilung ist altersabhängig; bei den unter 20-Jährigen sind die Männer etwas stärker vertreten, bei den 20- bis 29-Jährigen sind die Frauen etwas überrepräsentiert (Hahn/Jerusalem 2001).

9.2.3 HIV/AIDS

Im Jahr 2007 infizierten sich 2 752 Menschen in Deutschland neu mit HIV⁸⁸ (Stand Ende 2007; Meldungen an das RKI bis zum 1. März 2008); gegenüber dem Vorjahr (2 643 Neuinfektionen) ist dies eine Zunahme von 4 Prozent (RKI 2008e). Ende des Jahres 2007 lebten in Deutschland schätzungsweise 59 000 mit HIV infizierte Personen. Davon sind 49 000 Männer und 10 000 Frauen (Robert Koch Institut, RKI 2008e).

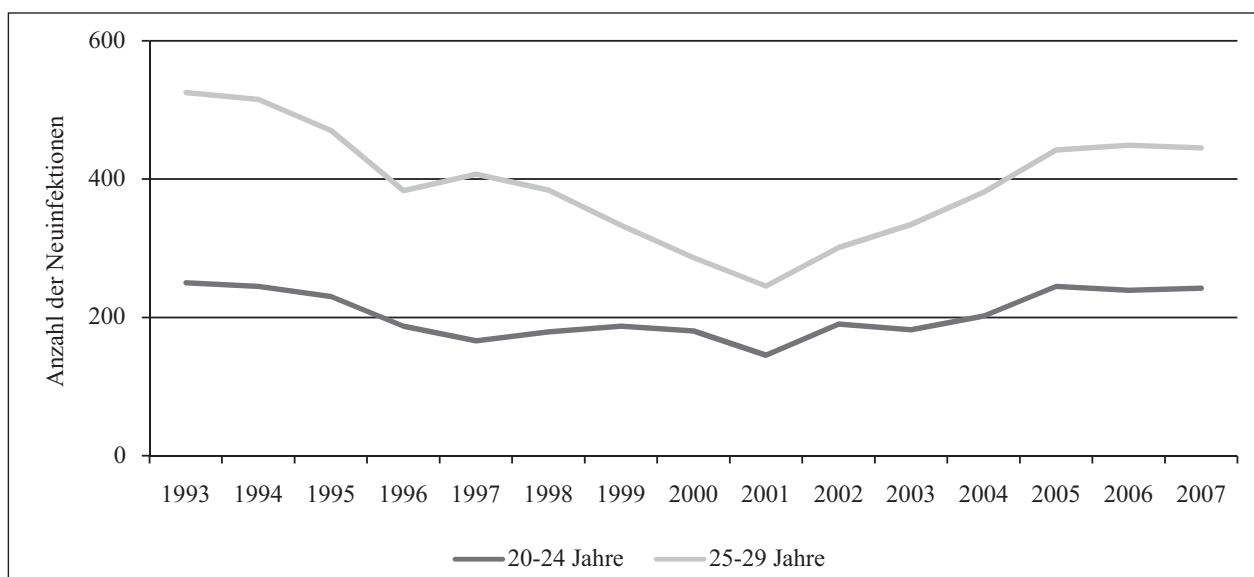
Insbesondere bei den HIV-Neuinfektionen in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen und 25- bis 29-Jährigen ist es nach einem Rückgang bis zur Jahrtausendwende wieder zu einem Anstieg der absolut erfassten Erstinfektionen gekommen, das sich auf dem Niveau der Erstinfektionen Mitte der 1990er-Jahre bewegt. Dabei ist die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen in weitaus größerem Ausmaß betroffen als die der 20- bis 24-Jährigen (vgl. Abb. 9.2).

Bezogen auf die Altersgruppenverteilung der unter 29-Jährigen machen HIV-Neuinfektionen bei den 25- bis 29-Jährigen etwa 60 Prozent aller Erstdiagnosen in dieser Altersspanne aus. Während im Zeitverlauf bei den 25- bis 29-Jährigen ein moderater Rückgang der Erstdiagnosen zu verzeichnen ist, ist in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen im selben Zeitraum ein moderater Anstieg zu verzeichnen (vgl. Abb. 9.3).

⁸⁸ Das „Human Immundeficiency Virus“ (HIV) befällt das menschliche Immunsystem und zerstört die sogenannten T-Helferzellen (CD₄-Zellen). Eine akute HIV-Infektion ist häufig mit vorübergehenden grippeartigen Symptomen verbunden. Danach erfolgt meist eine oft mehrjährige Latenzphase, in der sich das Virus im Organismus vermehrt, aber nur selten Beschwerden hervorruft (RKI 2006, S. 53).

Abbildung 9.2

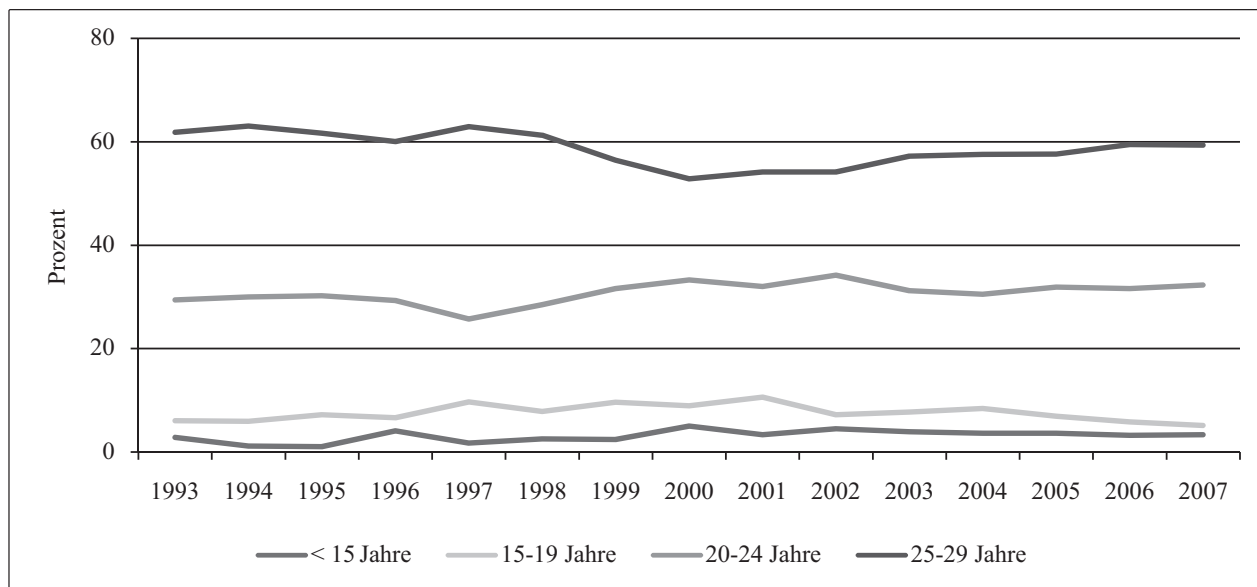
Bestätigte HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung (Stand: 1. März 2008, absolute Werte)



Quelle: Robert Koch Institut, RKI 2008f

Abbildung 9.3

Anteil der bestätigten HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung in den Altersgruppen (Stand: 1. März 2008, Angaben in Prozent)



Quelle: Robert Koch Institut, RKI 2008f

Ein Fünftel der neu diagnostizierten HIV-Infektionen betrifft Frauen. Zu den Hauptübertragungswegen einer HIV-Infektion zählen sexuelle Kontakte (homosexuelle Kontakte unter Männern: 72 Prozent; heterosexuelle Kontakte: 20 Prozent), der gemeinsame Gebrauch von Drogenspritzbestecken (7 Prozent) und die Mutter-Kind-Übertragung bei HIV-infizierten Schwangeren (1 Prozent; Werte für das Jahr 2007, RKI 2008e).

Durch verbesserte Therapiemöglichkeiten erkranken weniger junge Menschen an AIDS⁸⁹ (Robert Koch Institut, RKI 2006b). Dabei sind es insbesondere junge Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren, die mehr als ein Viertel der in Deutschland an AIDS erkrankten Frauen darstellen und nahezu doppelt so häufig erkranken wie junge Männer dieser Altersgruppe (vgl. Tab. 9.4).

⁸⁹ AIDS („Acquired Immune Deficiency Syndrome“) kennzeichnet einen fortgeschrittenen Verlust der Abwehrkräfte. Es kommt zu verschiedenen durch die Immunschwäche bedingten Erkrankungen wie beispielsweise Lungenentzündungen (Robert Koch Institut, RKI 2006, S. 53).

Tabelle 9.4

Verteilung der bis zum 31. Dezember 2004 gemeldeten AIDS-Fälle nach Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt der Diagnose (Angaben in Prozent)

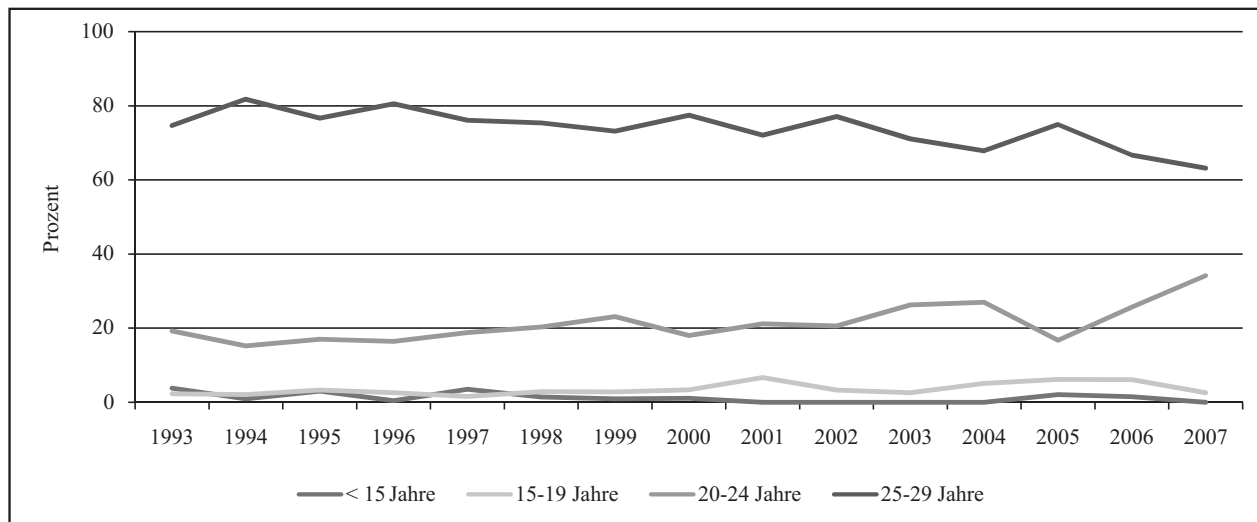
Altersgruppe	männlich	weiblich
bis 19 Jahre	0,7	2,4
20 bis 29 Jahre	13,6	27,0
Über 30 Jahre	85,5	70,5

Quelle: RKI 2008h; Differenzen aufgrund von Rundungseffekten

In der zeitlichen Verlaufsperspektive ist auch zu erkennen, dass sich das Altersspektrum der an AIDS Erkrankten leicht verschoben hat: Sind es noch bis zur Jahrtausendwende vor allem die 25- bis 29-Jährigen, die drei Viertel der an AIDS Erkrankten abbilden, ist momentan eine Verschiebung des Erkrankenspektrums zu den unter 25-Jährigen zu verzeichnen (vgl. Abb. 9.4)

Abbildung 9.4

**Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen
(Stand: 31. Dezember 2007; Angaben in Prozent)**



Quelle: Robert Koch Institut, RKI 2008f

9.2.4 Gesundheitsrelevante Aspekte am Ausbildungs- und Arbeitsplatz

Es liegen nur wenige Studien zu Gesundheitsaspekten für Studierende und junge Erwachsene vor, die sich in der Ausbildung bzw. bereits im Beruf befinden. Die „Fit-fürs-Leben“-Studie (Leyk u. a. 2008) mit mehr als 12 500 Teilnehmern im Alter zwischen 16 bis 25 Jahre dokumentiert, dass bei einem Großteil der Heranwachsenden dieser Altersgruppe gesundheitlich ungünstige Merkmale (z. B. Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen) vorliegen. Damit in Zusammenhang stehend wird angenommen, dass sich aus diesen ungünstigen Merkmalen des Gesundheitsverhaltens bisweilen erhebliche gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz mit teilweise erheblichen finanziellen Belastungen für die beteiligten Sozialsysteme ergeben. Leider lassen sich auch keine quantitativen Aussagen zur Gesundheits-, Ausbildungs- und Beschäftigungssituation von jungen Erwachsenen mit Behinderungen machen, da es an Zahlen und Daten zur Altersstufe der 18- bis 27-Jährigen fehlt. Zwar finden junge Erwachsene mit Behinderung im Rahmen der Behindertenhilfe ein spezifisch gestaltetes Feld beruflicher Eingliederung vor. Dennoch haben sie weniger gute Aussichten auf einen gelingenden Einstieg in eine dauerhafte Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als junge Erwachsene ohne Behinderungen. Deshalb sind sie einer besonderen Gefährdung ihres Kohärenzgefühls ausgesetzt, sowie sekundären Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit ihrem geringeren materiellen Status, dem Ausschluss aus dem Arbeitsleben und geringen gesellschaftlichen Erwartungen an ihre Eigenständigkeit und berufliche Karriere. Doch sollten auch junge Erwachsene mit Behinderung die Chance haben, ihre Kraftquellen zu aktivieren, so dass sie ein Leben in größtmöglicher Gesundheit füh-

ren können, wie es in der Ottawa-Charta dargelegt ist (Wacker 2008, S. 143).

Laut der 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF 2008) hat sich in Deutschland der Anteil gesundheitlich beeinträchtigter⁹⁰ Studierender im Alter von 18 bis über 30 Jahren von 15 Prozent im Jahr 2000 auf 19 Prozent im Jahr 2006 vergrößert. Bezogen auf die 1,76 Millionen Studierenden errechnen sich in absoluten Zahlen knapp 327 000 (2000: 240 000) Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. 44 Prozent (143 000 Studierende) dieser Gruppe fühlen sich dadurch in ihrem Studium eingeschränkt, davon immerhin 8 Prozent sehr stark. Das sind etwa 27 000 Studierende in Deutschland und damit ein Anteil von ca. 1,5 Prozent aller Studierenden. Ob eine gesundheitliche Schädigung im Studium auch tatsächlich Schwierigkeiten bereitet, hängt wesentlich von der Art und Ausprägung der Beeinträchtigung ab. Vor allem Studierende mit psychischen Erkrankungen (11 Prozent der Befragten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen) fühlen sich in vier von zehn Fällen erheblich in ihrem Studium beeinträchtigt, wobei dies nur von gut jeder dritten Frau (34 Prozent), aber fast von jedem zweiten Mann (47 Prozent) mit einer psychischen Erkrankung angegeben wird. Je älter die Studierenden sind, desto häufiger führen gesundheitliche Probleme auch zu einer Beeinträchtigung im Studium (Grad der Studienbeeinträchtigung bei 18- bis 21-Jährigen: 3 Prozent; bei 26- bis 27-Jährigen: 9 Prozent). Des Weiteren sind gesundheitliche Beeinträchtigungen mit einer längeren Stu-

⁹⁰ Eine gesundheitliche Beeinträchtigung liegt vor, wenn die Studierenden angeben, eine Behinderung und/oder eine chronische Krankheit zu haben (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF 2008, S. 391).

diendauer, vermehrtem Wechsel von Studiengang und Hochschule (krankheitsbedingten) Studienunterbrechungen und einem stärkeren Ausmaß an Stresssymptomen (z. B. Lern- und Leistungsprobleme, Prüfungsangst oder Konzentrationsschwierigkeiten) verbunden (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF 2008).

Junge Erwachsene, die sich in der Ausbildung (betriebliche/schulische Ausbildung, Hochschulausbildung) befinden, berichten nicht selten über psychosomatische Symptome von Stress, wobei Frauen eine deutlich größere Belastung wahrnehmen als Männer (für Berufsschülerinnen und Berufsschüler vgl. Dill u. a. 1999; für Studierende vgl. Meier u. a. 2007).

Besonders Berufsschülerinnen und Berufsschüler leiden – zumindest gelegentlich – unter emotionalem Stress (d. h. Niedergeschlagenheit, Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Zukunftsangst). Dabei weisen mehr junge Frauen als Männer und mehr Jugendliche mit Migrationserfahrung als Jugendliche ohne Migrationshintergrund diese Beschwerden auf (vgl. Tab. 9.5). Dieses unterschiedlich starke Stresserleben dürfte auch die real unterschiedlich (un-)günstigen Chancen dieser Gruppen auf dem Arbeitsmarkt widerspiegeln.

Je mehr Lebensbereiche von Berufsschülerinnen und Berufsschülern als belastend eingeschätzt werden, umso größer ist auch das Ausmaß des psychischen Stresserlebens, das zu gesundheitlicher Belastung führt. In der Gesundheitsforschung hat sich auch bei jungen Erwachsenen das Kohärenzgefühl⁹¹ als eine wesentliche Ressource für die psychische und psychosomatische Gesundheit erwiesen: Berufsschülerinnen und Berufsschüler, die keine Belastungen erleben, weisen die höchsten Kohärenzwerte auf; Berufsschülerinnen und Berufsschüler, die in einer Vielzahl von Lebensbereichen Belastungen nennen, haben hingegen die niedrigsten Werte. Gesundheitsför-

dernde Ressourcen bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern sind zudem eine gute soziale Integration, Zusammenhalt in der Familie, die Zufriedenheit mit dem Wohnort und der eigenen Finanzsituation sowie der Migrationsstatus (Dill u. a., 1999).

Eine Gruppe mit erhöhtem Förderbedarf sind junge Menschen in Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH), die aufgrund unzureichender schulischer Ausbildung, fehlender Schlüsselkompetenzen und ihrer „dysfunktionalen Bewältigungsformen (...) der erfahrenen Mischung aus sozialer Benachteiligung und individueller Beeinträchtigung“ (Straus 2008, S. 26f.), an den vorgesehenen Übergängen von Schule in den Beruf gescheitert sind. Neben allgemeiner sozialer Benachteiligung sind in dieser Gruppe individuell verschieden gelagerte, zum Teil ausgeprägte Beeinträchtigungen (neben Dyskalkulie/Legasthenie auch psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie erhöhter Drogenkonsum) zu finden, ebenso Lernbehinderungen und körperliche Einschränkungen durch leichtere Behinderungen, Krankheiten oder auch Übergewicht (Straus 2008).

Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendsozialarbeit und der Berufsbildungsgänge des zweiten Arbeitsmarktes sollen die Chancen von jungen Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt verbessern. Diese Chancen werden von jungen Erwachsene in Ostdeutschland negativer eingeschätzt als von jungen Westdeutschen: Letztere erwarten davon eher positive Effekte im Sinne einer Weiterqualifizierung und Steigerung ihrer Vermittlungschancen, während die jungen Ostdeutschen diese Maßnahmen mit einem geringeren psychischen Wohlbefinden beenden: Sie erleben diese Maßnahmen eher als weitere Ausgrenzung vom Arbeitsmarkt (Behle 2006). Es besteht aber für junge Menschen, die für einen potenziellen Berufseinstieg auf solche Maßnahmen angewiesen sind, in beiden Landesteilen die Gefahr, dass aus dem „Einstieg ins Leben und in den Beruf“ schnell ein Einstieg in dauerhafte Arbeitslosigkeit und damit langfristige Armut werden kann (Reinowski/Steiner 2006).

Unter dem Aspekt der Lebensverlaufsperspektive ist erwähnenswert, dass schon Hauptschülerinnen und Hauptschüler im Alter von 14 bis 16 Jahren, die einen regulären Hauptschulabschluss voraussichtlich nicht erreichen werden und sich von daher geringere berufliche Chancen

⁹¹ Das Kohärenzgefühl umschreibt „(...) die persönliche Überzeugung, dass Anforderungen bewältigt werden können, dass die Dinge, die sich ereignen, verstanden werden können, nicht zufällig geschehen und dass das Leben sinnvoll ist und es sich lohnt, sich für persönliche Ziele und Wünsche einzusetzen und sich anzustrengen, diese auch zu erreichen“ (Dill u. a., 1999, S. 20).

Tabelle 9.5

**Einzeldimensionen psychisch-emotionaler Belastung bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern
(Angaben in Prozent)**

	Frauen		Männer	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
negative Selbsteinschätzung	22,6	24,8	15,0	17,7
Hilf-/Hoffnungslosigkeitsgefühl	23,0	33,5	10,7	18,5
Gefühle von Dauerstress	18,3	28,5	12,6	16,7
Gefühl der Niedergeschlagenheit	42,7	52,0	26,8	31,3
Zukunftssorgen	34,2	47,7	24,9	34,4

Quelle: Dill u. a. 1999, S. 17; MH: Migrationshintergrund

ausrechnen können, über deutliche Stresssymptome wie Einschlafprobleme, Kopf- und Magenschmerzen und Appetitlosigkeit klagen, wobei Mädchen mehr Probleme benennen als Jungen (Gaupp u. a. 2006).

Doch auch bei Jugendlichen, die Arbeit haben, wirken psychische Beeinträchtigungen als Belastung und sind daher krankheitsrelevant, wie eine repräsentative Umfrage unter Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im Alter von 16 bis unter 65 Jahren im Jahr 2007 zeigt. Ein Drittel der Beschäftigten, und hier v.a. die jüngeren (16 bis 30 Jahre), befürchtet, bei der Arbeit Fehler zu machen. Zudem klagen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dieser Altersgruppe auch häufiger als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen über arbeitsbedingten Stress. Der Anteil der Beschäftigten, die 2007 trotz einer Erkrankung am Arbeitsplatz erschienen sind, beträgt bei den 16- bis 30-Jährigen 65,8 Prozent und bei den 51- bis 65-Jährigen 58,1 Prozent; der Anteil derer, die krank zur Arbeit gehen, nimmt also mit steigendem Alter ab. Unter anderen gehören Aspekte wie „zu viel Arbeit“ und „Angst um den Arbeitsplatz“ zu den häufigsten Gründen für das Unterbleiben von Krankmeldungen (Zok 2008). Arbeitsplatzunsicherheit als psychosoziale Stressquelle gehört für viele junge Erwerbstätige heute zum Arbeitsalltag: Ihre Beschäftigungsverhältnisse sind oftmals befristet, sie arbeiten mit reduziertem Stellenumfang oder versuchen, durch (schlecht- oder oftmals auch unbe-

zahlte) Praktika den Berufseinstieg zu schaffen. Junge Erwachsene, die unter unsicheren beruflichen Perspektiven erwerbstätig sind, berichten vermehrt über Symptome von Angst und Depression sowie ein reduziertes Wohlbefinden (Berth u. a. 2003).

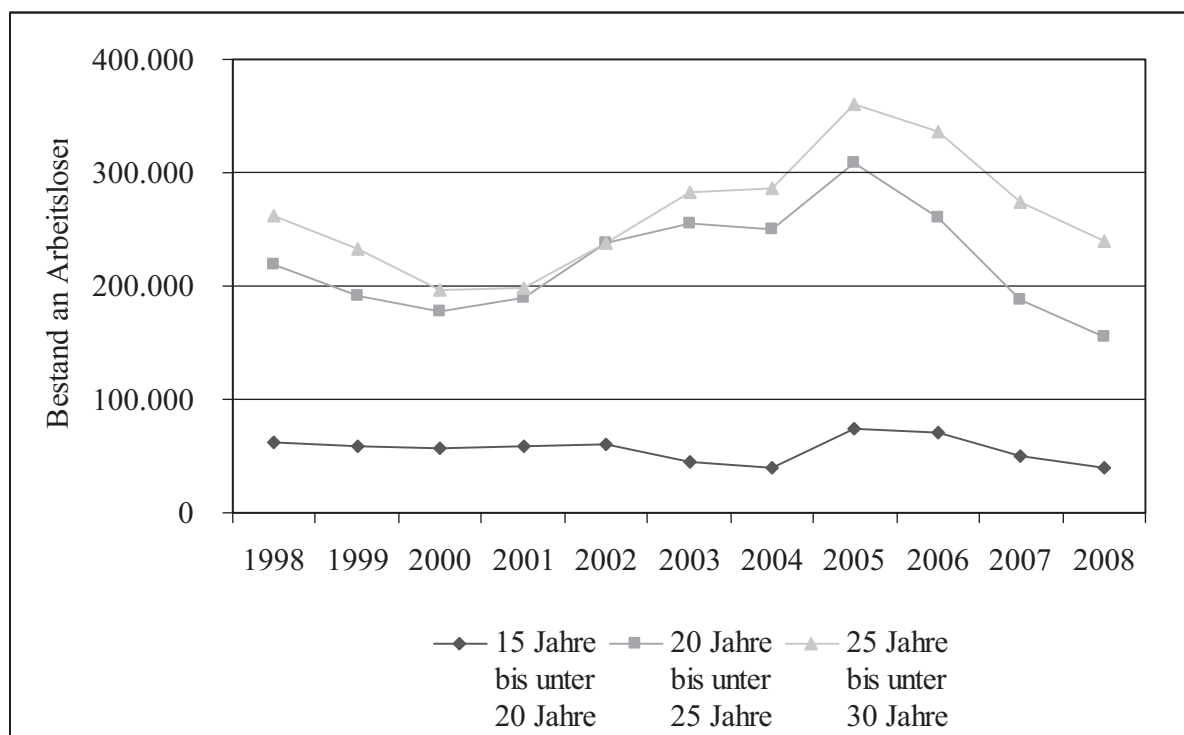
9.2.5 Gesundheitsrelevante Aspekte von Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit und drohender Arbeitsplatzverlust sind heute Themen, die breite Gruppen der Bevölkerung betreffen. Von besonderer gesellschaftspolitischer Relevanz ist das Thema „Arbeitslosigkeit von jungen Menschen“. Mit 675 376 im Juni 2008 arbeitslos gemeldeten Personen zwischen 15 und unter 30 Jahren (Westdeutschland: 435 272; Ostdeutschland⁹² einschl. Berlin: 240 104) betrifft (drohende) Arbeitslosigkeit weite Teile der Heranwachsenden (Bundesanstalt für Arbeit, BA 2008). Im Zeitraum von Juni 1998 bis Juni 2008 waren durchschnittlich rund 840 000 Jugendliche arbeitslos, wobei junge Menschen in Ostdeutschland (einschl. Berlin) mit einer angespannteren Lage als ihre Altersgenossen in Westdeutschland konfrontiert sind (vgl. Abb. 9.5 und 9.6).

⁹² Längsschnittliche Analysen von Berth u. a. (2006) für die östlichen Bundesländer belegen, dass dort fast 60 Prozent mobilen und gut ausgebildeten jungen Erwachsenen bis zum Jahr 2004 mindestens einmal arbeitslos gewesen sind.

Abbildung 9.5

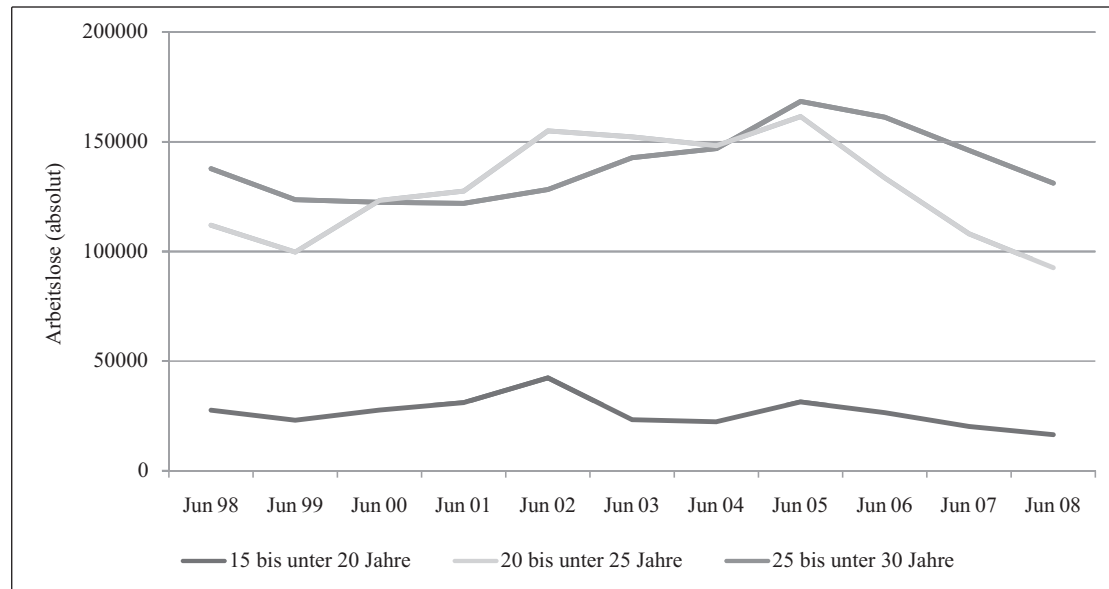
Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Westdeutschland im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, BA 2008

Abbildung 9.6

Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Ostdeutschland (einschl. Berlin) im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, BA 2008

Die Ausgrenzung von jungen Menschen bereits zu Beginn ihrer Erwerbsbiografie – sei es durch fehlende Ausbildungs- bzw. Arbeitsplätze oder aber durch den Verlust des Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzes – wirkt sich, abhängig von den dem Einzelnen zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen, unterschiedlich nachhaltig auf das Leben aus: Als äußere Belastungen sind hohe Hürden für den Einstieg/die Rückkehr in Beschäftigung ebenso zu nennen wie mangelnde Berufserfahrung, fehlender Anreiz/Motivation zur Bildung, zudem leiden die Betroffenen zum Teil auch unter sozialer Ausgrenzung und gesundheitlichen Problemen. Die Ungewissheit beruflicher Aussichten führt zwar dazu, dass insbesondere Heranwachsende mit niedrigen Bildungsabschlüssen ihre berufliche Zukunft mit einer gewissen Skepsis beurteilen, dennoch hat auch für diese jungen Menschen der Übergang von der Schule ins Erwerbsleben und Arbeitsplatzsicherheit einen hohen normativen und persönlichen Stellenwert (Gaupp u. a. 2006).

Junge Menschen reagieren auf (länger andauernde) Arbeitslosigkeit mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Beeinträchtigungen: Diese reichen von der Chronifizierung somatischer Erkrankungen über Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens, Stresssymptome (z. B. Schlafstörungen, Angespanntheit), Erschöpfungs- und Burnoutsymptome, gesundheitliches Risikoverhalten (d. h. vermehrter Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) bis hin zu schwerwiegenden psychischen Erkrankungen wie z. B. Depression (Kieselbach/Beelmann 2006; Lange/Lampert 2005; Paul u. a. 2006; Schels 2007; Weber u. a. 2007). Andererseits scheint aber auch

eine Vorbelastung insbesondere der psychischen Gesundheit Einfluss auf den Arbeitslosenstatus zu haben: Junge Erwachsene⁹³, die bereits als Jugendliche über ein hohes Maß an psychischer Belastung berichten, haben ein gesteigertes Risiko für (Langzeit-) Arbeitslosigkeit. Es liegen also Hinweise darauf vor, dass Arbeitslosigkeit einerseits einen negativen Effekt auf die Gesundheit und auch Auswirkungen auf die weiteren Arbeitsmarktchancen der Betroffenen haben kann (Berth u. a. 2006), und andererseits darauf, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen das Risiko für Arbeitslosigkeit steigern (Lange/Lampert 2005). Gleichzeitig nehmen psychische und körperliche Beschwerden mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zu (Berth u. a. 2006; Egger u. a. 2006; Straus 2008; Weber u. a. 2007). Zudem ist davon auszugehen, dass psychische Beeinträchtigungen vor den körperlichen Folgen eintreten (Berth u. a. 2003). Arbeitslosigkeit kann auch zu einem Übermaß an Zeit und Langeweile sowie geistiger Unterforderung führen (Lauenroth/Swart 2004; Schels 2007).

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zeigt bei Frauen teilweise andere Ausprägungen als bei Männern (Straus 2008; Rose/Jacobi 2006). Nach Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 des RKI berichten vor allem langzeitarbeitslose, nicht

⁹³ Insbesondere junge Erwachsene mit Migrationshintergrund, die in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sind, geben ein geringeres psychisches Wohlbefinden an als deutschstämmige Heranwachsende (Behle 2005).

aber kurzzeitarbeitslose Männer in vermehrtem Ausmaß über diverse gesundheitliche Beschwerden/Krankheiten (wie chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Schwindel, Bluthochdruck und Depression). Bei den Frauen klagen umgekehrt vor allem die Kurzzeitarbeitslosen, nicht aber Langzeitarbeitslosen über ähnliche Beschwerden (Lange/Lampert 2005).

Für junge Männer ist das Zusammenfallen von Arbeitslosigkeit und finanziellen Schwierigkeiten, die zur Einschränkung sozialer Aktivitäten führen, noch stärker als bei jungen Frauen mit einem geringen psychischen Wohlbefinden assoziiert (Schels 2007).

Eine (Wieder-) Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses und eine damit verbundene Besserung der materiellen Situation scheint – v. a. bei jungen Männern – auch mit einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens einherzugehen (Romeu Gordo 2006; Weber u. a. 2007). Zusätzlich hat das Arbeitsverhältnis über den Einkommenserwerb hinaus Bedeutung als Quelle sozialer Kontakte, sozialer Anerkennung und als Schritt in ein eigenständiges Leben.⁹⁴ Zudem können berufliche Bildungsaktivitäten (und die damit verbundene Aussicht auf ein berufliches Weiterkommen) eine Ressource psychischen Wohlbefindens sein (Schels 2007).

Exkurs 9.1 Wohnungslose Heranwachsende in Deutschland

Im Unterschied zu erwachsenen Wohnungslosen verfügen junge Wohnungslose häufig über einen offiziellen festen Wohnsitz, da sie noch bei ihren Eltern gemeldet sind. Da in der Bundesrepublik keine Statistik über die Zahl der Wohnungslosen geführt wird, gibt es hierzu nur Schätzwerte. Die Zahl der dauerhaft obdachlosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewegt sich in der Spanne zwischen 2 000 und 9 000 Heranwachsenden (30 bis 40 Prozent sind davon Mädchen; Terre des Hommes 2008); jährlich kommen 1 500 bis 2 500 neue Fälle hinzu (Off Road Kids 2008).⁹⁵ Etwa 50 Prozent der betreuten jungen Menschen in „Straßenkinderprojekten“ sind volljährig (Terre des Hommes 2008). Die meisten jungen Wohnungslosen leben nur zeitweise ohne feste Unterkunft „auf der Straße“ (bzw. bei wechselnden Freunden), und es gelingt ihnen, diese Phase zu überwinden. Die Dauer der gesamten wohnungslosen Zeit beträgt bei jungen Frauen im Durchschnitt 9,5 Monate und bei jungen Männern etwa 13,7 Monate. Diejenigen, die länger als ein Jahr ohne Unterbrechung wohnungslos sind, sind größtenteils junge Erwachsene ohne Perspektive auf dem aktuellen Wohnungs- und Arbeitsmarkt (Bodenmüller 2002). Ursachen für Wohnungslo-

sigkeit von Heranwachsenden sind u. a. in mangelnder Zuwendung und familiären Gewalterfahrungen zu sehen; nichtsdestotrotz gibt es auch eine (vermutlich sehr kleine Zahl) von jungen Menschen, die – zumindest zunächst – freiwillig (und nicht aus den genannten Notsituationen heraus) in Obdachlosigkeit leben (Tzscheetzsch 2007). Zur Befriedigung von Alltagsbedürfnissen sind junge Wohnungslose häufig zu illegalen, sozial geächteten Formen des Gelderwerbs gezwungen (z. B. Betteln, Diebstähle, Drogenhandel oder Prostitution; Röhnsch 2004; Rohrmann 2004). Verbreitet unter jungen Wohnungslosen ist Suchtmittelkonsum, der sich oftmals aus einem gleichzeitigen intensiven Konsum von Alkohol, Nikotin, Cannabis und anderen Drogen zusammensetzt, wobei quantitativ und qualitativ riskante Konsummuster (z. B. „Binge Drinking“) nicht selten sind (Reis u. a. 2006). Bei jungen Obdachlosen besteht eine besondere Gefahr bezüglich des Missbrauchs, vielfach aber auch der Abhängigkeit von (il-) legalen Drogen, was mit negativen Folgen für die psychische und physische Gesundheit und Strafverfolgung verknüpft ist (Bodenmüller 2002; Flick/Röhnsch 2006a). Dabei ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand vieler junger Wohnungsloser schon vor dieser Lebensphase beeinträchtigt war und sich auch durch andere Faktoren des „Lebens auf der Straße“, wie mangelnder Schutz, mangelnde Hygiene und mangelnder Zugang zum Gesundheitssystem, weiter verschlechtert. Aufgrund ihrer ungesicherten Lebenssituation bzw. zur Geldbeschaffung sowie aufgrund fehlender/verdrängter Zukunftsperspektiven findet sich bei vielen von Wohnungslosigkeit betroffenen jungen Erwachsenen auch sexuell riskantes Verhalten (z. B. häufig wechselnde Geschlechtspartner, keine Benutzung von Kondomen etc.; Flick/Röhnsch 2006b).

9.3 Zusammenfassung

Zu den zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen im jungen Erwachsenenalter gehören neben der Fähigkeit, selbstverantwortlich Entscheidungen auch angesichts unsicherer Zukunftsperspektiven zu treffen, Verantwortung zu übernehmen und Intimität leben zu können. Diese zentralen Entwicklungsthemen sind im Kontext des Strukturwandels der Arbeitsgesellschaft mit seinen Auswirkungen auf Bildungs- und Ausbildungsprofile sowie auf berufliche Chancen, auf das Geschlechterverhältnis, Lebensstile und Erfordernisse sozialer Integration zu sehen. Für die jungen Erwachsenen sind dadurch auf der einen Seite mehr Chancen und Freiheiten durch eine Vielzahl an Optionen gegeben, auf der anderen Seite verbinden sich damit aber auch mehr Risiken und biografische Unsicherheiten. Trotz weiter bestehender gesellschaftlicher und individueller Orientierung an der „Normalbiografie“ mit Ausbildung, Beruf und Familiengründung müssen junge Frauen und Männer sich neue Formen individualisierter Lebensbewältigung erschließen und ihre Lebensverhältnisse so gestalten, dass neben einer ausreichenden ökonomischen Basis auch Vertrauen, Anerkennung und Zugehörigkeit in ihren sozialen Bezü-

⁹⁴ Obwohl das Verlassen des elterlichen bzw. das Gründen eines partnerschaftlichen Haushalts für junge Männer mit finanziellen Einschränkungen verbunden ist, wird diese Konsequenz von der neu gewonnenen sozialen Eigenständigkeit ausgeglichen (Schels 2007).

⁹⁵ Diese Schätzwerte ergeben sich daraus, dass es keine einheitlichen und überprüfbaren Kriterien dafür gibt, wann es sich bei Heranwachsenden um eine obdachlose Person handelt.

gen möglich sind. Dabei zeigt sich, dass sich diese Anforderungen insbesondere hinsichtlich berufsrelevanter Entscheidungen, aber auch bezüglich der zu leistenden sozialen Verortung zwar für alle gleichermaßen stellen, die Gestaltungsmöglichkeiten jedoch in Bezug auf Geschlecht, soziale Lage, persönliche Ressourcen wie z. B. ein guter Gesundheitsstatus bzw. bestehende Behinderungen, ein erfolgreicher oder misslungener Bildungsweg, eine optimistische Grundeinstellung bzw. ein geringes Kohärenzgefühl sehr unterschiedlich ausfallen – und – auch bezogen auf gesundheitliche Belange zu unterschiedlichen langfristigen Konsequenzen führen.

Insbesondere dem Faktor „Ausbildung/Arbeit“ kommt im jungen Erwachsenenalter eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit zu. Dabei sind die erreichten Schulabschlüsse und die damit zusammenhängende Entscheidung für bestimmte Berufsbildungsgänge (z. B. betriebliche Ausbildung oder Hochschulstudium) oft entscheidend dafür, welche gesellschaftlichen Positionen und, verbunden damit, welche Ressourcen im finanziellen wie im persönlichen und sozialen Bereich Heranwachsende in den nachfolgenden Lebensphasen erreichen können. So gehen eingeschränkte berufliche Perspektiven bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern und bei Teilnehmenden an Angeboten der berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH), sowie länger dauernde Arbeitslosigkeit mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Belastungen einher. Andererseits können im Lebensverlauf bereits entstandene Behinderungen und gesundheitliche Einschränkungen auch Arbeitslosigkeit begünstigen und den Zugang zum Arbeitsmarkt erschweren. Doch auch diejenigen jungen Erwachsenen, die – oft mit unsicheren Perspektiven – einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz haben, sind dort einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt, die sich vor allem auf den Bereich der psychischen Gesundheit negativ auswirken können.

9.4 Fazit

Im jungen Erwachsenenalter müssen selbstverantwortlich Entscheidungen getroffen und Verantwortungen übernommen werden, die in persönlicher, sozialer sowie bildungs- und berufsbezogener Hinsicht langfristige Folgen haben können und zu einer starken Ausdifferenzierung der Lebenssituation junger Erwachsener führen. Der eigene Lebensentwurf und die nach Geschlecht, sozialem und Gesundheitsstatus sowie ethnischem Hintergrund variierenden Chancen und Grenzen für die Verwirklichung eigener Ziele haben auch Einfluss auf die Selbstverortung junger Menschen in Bezug auf ihre Werteinstellungen und gesellschaftlichen wie politischen Orientierungen. Notwendig sind für junge Erwachsene in einer Welt sich kontinuierlich wandelnder Ansprüche und Anforderungen:

- Vertraute und kompetente Personen aus ihrem sozialen Netzwerk, mit deren Unterstützung sie Entscheidungen hinsichtlich der eigenen Zukunftsperspektive treffen können. Wo ihnen dies nicht ausreichend möglich ist, brauchen junge Erwachsene sozialstaatliche Hilfsangebote (z. B. Angebote der Kinder- und Ju-

gendhilfe und der Jugendberufshilfe), um sich im (Erwerbs-)Leben zu positionieren.

- Besondere Unterstützung durch gut vernetzte soziale und medizinische Hilfen in Hinblick auf ihren Berufseinstieg, ihre weitere Lebensgestaltung, ihre gesellschaftliche Teilhabe und eine Zukunft mit möglichst geringen gesundheitlichen Einschränkungen brauchen junge Erwachsene, die – vielleicht aufgrund psychosozialer Belastung in jungen Jahren – unter psychischen Störungen leiden oder mit chronischen Krankheiten und Behinderungen leben müssen. Dabei scheint es unter einer Lebensverlaufs Perspektive sinnvoll, dass Hilfen möglichst früh einsetzen, damit sich Probleme gar nicht erst verfestigen und die weiteren beruflichen und sozialen Chancen einschränken.
- Ausbildungs- und Erwerbskontexte, die jungen Erwachsenen eine Zukunftsperspektive bieten und ihnen ermöglichen, ihr Leistungspotenzial optimal zu nutzen. Zudem sollten Ausbildungs- und Erwerbskontexte nicht selbst zu gesundheitlichen Risiken werden.
- Individuelle Handlungsspielräume, in denen sie in Verantwortung für sich selbst, aber auch in Verantwortung für die Partnerin/den Partner Intimität leben können. Für einen verantwortlichen Umgang mit Sexualität und Familienplanung brauchen junge Erwachsene Wissen, aber auch finanzielle Ressourcen.
- Optimismus, Motivation und eine Zukunftsperspektive, um Verantwortung für die eigene Gesunderhaltung zu übernehmen. Von gesellschaftlicher, aber auch sozial- und bildungspolitischer Seite sind daher Strukturen zu entwickeln, die es für junge Erwachsene lohnend machen, sich um die eigene körperliche, seelische und geistige Gesundheit zu kümmern.

9.5 Zwischbilanz: Kindheit und Jugendalter als gesundheitspolitische Herausforderung

Es liegt nahe, nach der Präsentation dieser Vielfalt von Daten und Informationen sich so etwas wie eine Bündelung zu wünschen. Die vorliegende Literatur belegt allerdings, dass dieser Wunsch sich nicht so einfach realisieren lässt. Je nach dem, welche Daten mit welchen Daten unter welchen Aspekten verglichen werden, kommt man zu anderen Schlüssen. So bilanziert z. B. *Sting* den Forschungsstand in einem Handbucheintrag aus dem Jahr 2002 unter Bezugnahme auf die Arbeit von *Lohaus* (1993) wie folgt: „Während in den letzten Jahrzehnten infolge einer allgemeinen Verbesserung der Lebensqualität in den Industriestaaten im Morbiditäts- und Mortalitätsraten in allen Altersgruppen rückläufig sind, nehmen sie in der Altersgruppe der 10-30-jährigen zu“ (*Sting* 2002, S. 414). Demgegenüber stellt *Klein-Heßling* fest, dass „in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung für Deutschland sich das Kindes- und Jugendalter als der gesündeste Altersbereich der Bevölkerung zeigt“ (2006, S. 13). Er ergänzt aber: „Während in den meisten jüngeren und älteren Altersbereichen in den zurückliegenden Jahrzehnten durch Prävention und Intervention die Morbiditäts- und

Mortalitätsraten (Erkrankungs- und Sterberaten) gesenkt werden konnten, zeigt sich für das Jugendalter eine eher ernüchternde Entwicklung. Insbesondere bei Unfällen und Suiziden sind hier keine bedeutsamen Verringerungen der Auftretensraten zu verzeichnen“ (ebd.). Differenziert man die Daten weiter nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen und -kulturellem Status und unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungsfaktoren und variiert man die Vergleichsfolien, wird das Bild, wie oben gezeigt, immer vielfältiger.

Aus der Sicht der Sachverständigenkommission des vorliegenden Berichts bedeuten diese Daten zunächst, dass entgegen der öffentlichkeits- und medienwirksam verkündeten Schlagzeilen, dass der Großteil der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen gesund ist und unter gesundheitsförderlichen sozialen Rahmenbedingungen aufwächst.

Das gilt auch für Neugeborene und Kleinkinder, die aufgrund dramatischer Einzelfälle von Kindesverwahrlosung, -vernachlässigung und -missbrauch als besonders gefährdet gelten. Erfreulich ist, dass fast 20 Jahre nach der Wiedervereinigung keine gravierenden Unterschiede im gesundheitsbezogenen Aufwachsen zwischen Heranwachsenden in den verschiedenen Landesteilen bestehen. Nichtsdestotrotz gibt es bei einem nicht unerheblichen Teil von Heranwachsenden (ca. 20 Prozent) gesundheitliche Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten werden unter dem Schlagwort der „neuen Morbidität“ zusammengefasst. Bezeichnet wird damit die Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Kinder und Jugendlichen von (a) akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen Erkrankungen und (b) von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten. Diese Verschiebung in dem Kinder und Jugendliche betreffenden Krankheitsspektrum wird nachhaltig durch die Daten des KiGGS untermauert.

Die Daten zeigen aber auch, dass mit den für die jeweiligen Altersgruppen typischen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen Chancen verbunden sind, die, bei erfolgreicher Umsetzung, wichtige Ressourcen für die eigene Gesundheit darstellen. Gelingt die erfolgreiche Bewältigung nicht, werden daraus allerdings Risiken, die vor allem bei vorliegender mehrfacher Belastung (z. B. bei Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und/oder mit Migrationshintergrund) zu gesundheit-

lichen Beeinträchtigungen führen, die sich zum Teil erst im späteren Lebensverlauf zeigen. Dabei handelt es sich im Säuglings- und Kleinkindalter um Faktoren, die eine sichere Bindung des Kindes zu seinen Hauptbezugspersonen verhindern und im Kindergarten- und Vorschulalter um Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Ernährung, Bewegung und Verhalten. Im Grundschulalter nehmen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen – ADHS), chronisch-somatische Erkrankungen (z. B. Asthma bronchiale) und stressbedingte Belastungsreaktionen deutlich zu. Derartige Beeinträchtigungen können sich im Entwicklungsverlauf zu manifesten Störungen aufbauen. Diesen negativen Lebensverlaufsperspektiven gilt es durch frühzeitige Prävention zu begegnen.

Im Jugendalter sind die wichtigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen Übergewicht und Adipositas, Essstörungen (Anorexie und Bulimie) und depressive Erkrankungen (bis hin zu Suizidalität) sowie im jungen Erwachsenenalter psychosoziale Auffälligkeiten und Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Drogen. Alle genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen wirken häufig langfristig (z. B. bei Adipositas in Form von Gelenkerkrankungen oder Diabetes – Typ 2 oder der Steigerung des Depressionsrisikos im Erwachsenenalter). Hier sind aus gesundheitsökonomischer Perspektive erhebliche Kostenwirkungen für die Sozial- und Gesundheitskassen zu erwarten.

Sind also erfreulicherweise die meisten Heranwachsenden in Deutschland gesund, so kippt dieses positive Bild, wenn man sich Kinder und Jugendliche aus benachteiligenden Lebenslagen ansieht, wo sich teilweise erhebliche gesundheitliche Belastungen ergeben. Betrachtet man die Altersgruppen im Vergleich etwas näher, wird deutlich, dass besondere Herausforderungen in der Altersspanne zwischen 6 und 18 Jahren bestehen. Mit dem Schuleintritt steigen die gesundheitlichen Belastungen im Durchschnitt erkennbar an. Besonders ausgeprägt ist dies, geschlechtsspezifisch differenziert, bei Mädchen sowie vor allem bei Jungen aus sozial benachteiligenden Lebensverhältnissen und mit Migrationshintergrund. Die Daten zeigen auch, dass in einigen Bereichen (Bewegung, Ernährung und psychosoziale Entwicklung) mit deutlich höheren gesundheitlichen Belastungen zu rechnen ist, wenn diese Jugendlichen erwachsen sind.

Teil C Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/Rehabilitation: eine erste Annäherung

10 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem

Dieser Bericht geht – wenn von Kinder- und Jugendhilfe gesprochen wird – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vorrangig auf die im SGB VIII definierten Praxisfelder, Zuständigkeiten, Aufgaben und Leistungen ein. Allerdings stehen die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe in den beiden Feldern gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in einem Kontext, der nicht unabhängig von den Strukturen und Aufgaben des Gesundheitssystems, der Behinderten-, Eingliederungshilfe bzw. des Rehabilitationssystems gedacht werden kann.⁹⁷ Weil die vielfach geforderte Vernetzung und Kooperation zwischen diesen gesellschaftlichen Teilsystemen nur funktionieren kann, wenn wenigstens in Grundzügen, die Strukturen, Voraussetzungen und Aufgaben bekannt sind, soll ihnen jeweils ein kurzer darstellender Abschnitt gewidmet werden. In den folgenden Kapiteln werden deshalb die für diesen Bericht relevanten gesellschaftlichen Teilbereiche und wesentlichen Schnittstellen in ihren Grundstrukturen skizziert (vgl. ausführlich für die Kinder- und Jugendhilfe: Bissinger u. a. 2002; für das Gesundheitssystem: Bäcker u. a. 2008, S. 91–245; Simon 2008; Preusker 2007; Bengel/Koch 2000).

Für die Sachverständigenkommission steht es – wie nicht zuletzt dieser Bericht belegt – außer Zweifel, dass die zielführende Auseinandersetzung mit den Aufgaben und Herausforderungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung drängender ist als je zuvor. Sie interpretiert dies auch als Ausdruck der im Wandel begriffenen sozialstaatlichen Rahmenbedingungen, die das Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem immer auch wesentlich mit prägen (vgl. dazu Lessenich 2008; vgl. Kap. 21.2).

11 Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe

11.1 Kurzer Überblick über die wesentlichen Strukturen

Die wichtigsten Behörden im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind die kommunalen Jugendämter. Von ihnen

gibt es derzeit rund 590 in Deutschland.⁹⁸ Kommunale Jugendämter stellen eine Besonderheit im Rahmen der Kommunalverwaltung dar. Sie bestehen aus ihren Verwaltungen und den sogenannten Kinder- und Jugendhilfeausschüssen und werden deshalb auch als zweigliedrig charakterisiert. Folgt man dem Gesetz, hat sich der Kinder- und Jugendhilfeausschuss „mit allen Angelegenheiten der Jugendhilfe zu befassen, insbesondere mit der Erörterung aktueller Problemlagen junger Menschen und ihrer Familien sowie mit Anregungen und Vorschlägen für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendhilfeplanung und der Förderung der freien Kinder- und Jugendhilfe“ (§ 71 (2) SGB VIII). Kinder- und Jugendhilfeausschüsse dienen vorrangig der Beteiligung sachkundiger Bürger und der verschiedenen gesellschaftlichen Akteure (zur Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfeausschüsse vgl. Pluto u. a. 2007, S. 319 ff.).

Den kommunalen Jugendämtern obliegt die Gesamtzuständigkeit und Letztverantwortung für die Kinder- und Jugendhilfe vor Ort. Der weit überwiegende Teil der Leistungen wird jedoch auf der Basis des Subsidiaritätsprinzips von nicht-staatlichen Trägern organisiert und erbracht. In den allermeisten Fällen handelt es sich dabei um freie gemeinnützige Träger. Systematisch betrachtet sind sie dem sogenannten „Dritten Sektor“ jenseits von Markt und Staat zuzurechnen und werden deshalb auch als „Non-Profit-Organisationen“ bezeichnet. Wichtige Träger sind beispielsweise die Mitglieder der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Der Paritätische, Rotes Kreuz und die Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland). Daneben existieren ungezählte kleinere überregionale und regionale Träger und lokale Initiativen. Aktuell (Jahr 2006/2007) betreiben die nicht-staatlichen Träger rund 67 Prozent der Einrichtungen, verfügen über 61 Prozent der Plätze und beschäftigen etwa 61 Prozent des Personals in der Kinder- und Jugendhilfe.

Einen wichtigen Unterschied im Vergleich zum Gesundheitssystem markiert in der Kinder- und Jugendhilfe trotz des hohen Anteils nicht-staatlicher Verantwortung der geringe Anteil von markt- und gewinnorientierten privatgewerblichen Anbietern. In der Kinder- und Jugendhilfe unterhalten privatgewerbliche Träger lediglich 1,5 Prozent der Einrichtungen, verfügen über 2,8 Prozent der Plätze und beschäftigen 5,8 Prozent des Personals.

Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden – anders als die Leistungen des Gesundheitssystems, die durch Direktzahlungen, durch Kostenerstattungen über die privaten und gesetzlichen Krankenkassen sowie durch staatliche Zuschüsse finanziert werden (vgl. dazu Kap. 12) – vor allem durch die öffentlichen, im Wesentlichen kommunalen Haushalte finanziert.

⁹⁷ Der Begriff der Behindertenhilfe wird in diesem Bericht als Überbegriff für alle Angebote der Hilfen für Menschen mit Behinderung verwendet. Rehabilitation und Eingliederungshilfe werden entsprechend dem Sozialgesetzbuch IX (Behindertenhilfe) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) verwendet und stellen somit die Begriffe für gesetzliche Leistungen dar. Beide Gesetze beziehen sich auf Leistungen für Menschen mit Behinderung zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

⁹⁸ Auf Landesebene gibt es darüber hinaus 17 Landesjugendämter.

Tabelle 11.1

**Ausgaben der öffentlichen Hand (einschließlich Einnahmen) für ausgewählte Leistungsbereiche des SGB VIII in Euro
(Deutschland, 1992 bis 2006)**

	Insgesamt	Jugend- arbeit	Jugend- sozial- arbeit	Förde- rung der Erziehung in der Familie	Tages- einrich- tungen für Kinder	Hilfen zur Erziehung und sons- tige Hilfe	Jugend- hilfever- waltung	Sonstige Ausgaben
	in 1.000 Euro							
1992	14.284.341	1.116.804	193.066	70.469	8.490.895	2.968.614	592.323	852.170
1993	16.291.525	1.206.876	187.099	58.797	10.011.514	3.567.125	641.520	618.594
1994	16.631.045	1.238.695	169.879	67.155	9.979.929	3.822.083	704.148	649.157
1995	17.020.311	1.301.845	184.440	60.135	9.796.698	3.811.116	726.979	1.139.100
1996	17.517.213	1.254.208	248.911	65.156	10.037.736	3.966.150	733.793	1.211.258
1997	17.512.851	1.263.318	218.304	65.077	9.872.174	4.364.471	697.344	1.032.162
1998	17.709.618	1.297.277	211.102	65.423	9.892.003	4.436.775	707.778	1.099.261
1999	18.077.611	1.356.972	213.422	69.095	9.956.635	4.613.564	717.635	1.150.288
2000	18.464.958	1.411.459	219.067	72.430	10.035.690	4.857.443	773.471	1.095.398
2001	19.210.662	1.432.060	237.870	74.385	10.427.626	5.124.549	767.532	1.146.640
2002	20.176.896	1.459.099	253.236	121.959	10.951.366	5.476.958	705.232	1.209.046
2003	20.612.447	1.387.142	270.778	89.175	11.290.788	5.636.946	720.644	1.216.976
2004	20.671.147	1.349.776	260.582	76.965	11.430.891	5.634.389	708.391	1.210.154
2005	20.865.232	1.377.591	251.960	79.563	11.542.452	5.668.067	668.088	1.277.510
2006	20.924.286	1.400.846	241.923	85.104	11.638.762	5.650.389	635.935	1.271.327

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Ausgaben und Einnahmen, verschiedene Jahrgänge Wiesbaden; zusammengestellt und eigene Berechnungen. Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2008.

Im Kern gibt es in der Kinder- und Jugendhilfe zwei Typen von Leistungen:

- Leistungen, auf die die Betroffenen einen Rechtsanspruch haben. Dabei handelt es sich entweder um Ansprüche, die einer Altersgruppe gewährt werden (z. B. einen Kindergartenplatz für alle Kinder über drei Jahre und ab 2013 ein Angebot für alle Kinder unter drei Jahren), oder um Ansprüche, für die besondere Bedarfe gegeben sein müssen. So besteht z. B. ein individueller Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung in allen jenen Fällen, bei denen auf der Basis des sogenannten Hilfeplanverfahrens bei einem Heranwachsenden ein erzieherischer Bedarf festgestellt worden ist.
- Der zweite Typ von Leistungen sind sogenannte Soll- und Kann-Leistungen. Für diese besteht kein indivi-

dueller Rechtsanspruch, sondern das SGB VIII schreibt vor, dass auf der Basis fachgerechter Planung die Kommunen dafür zu sorgen haben, dass die zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages entsprechend SGB VIII notwendigen Einrichtungen und Angebote, z. B. der Kinder- und Jugendarbeit in ihren verschiedenen Formen, auf einem fachlich angemessenen Niveau im ausreichenden Umfang zur Verfügung stehen.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen der Kinder- und Jugendhilfe ist ihre Personalstruktur. Diese ist geprägt durch das „heterogene Ineinander und Miteinander unterschiedlicher Mitarbeitergruppen, durch fachlich qualifiziertes Personal und Personen mit einer fachfremden oder geringfügigen Qualifikation, durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Honorarkräfte sowie Mitarbei-

terinnen und Mitarbeiter mit Sonderstatus“ (Bissinger u. a. 2002, S. 46).

Am Jahresende 2006 arbeiteten in den etwa 80 000 Einrichtungen, Diensten und Behörden der Kinder- und Jugendhilfe ca. 618 500 Beschäftigte. Im Vergleich mit der Beschäftigungssituation (gemessen in Form der Vollzeitbeschäftigten) im Jahr 2002 hat sich das Beschäftigungsvolumen (ohne das Personal mit hauswirtschaftlichen und technischen Arbeitsschwerpunkten) im Kern des pädagogischen Aufgabenfeldes um ca. 10 000 Beschäftigte (2,3 Prozent) verringert. Allerdings sind hiervon nicht alle Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe in gleichem Ausmaß betroffen: Während sich im Arbeitsbereich der Kindertageseinrichtungen im Vergleich der Erhebungsjahre 2002 und 2006 eine Zunahme der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse um 1,9 Prozent verzeichnen lässt, ist in den übrigen Arbeitsbereichen zusammengekommen ein Rückgang der Vollzeitbeschäftigten um 11,3 Prozent zu verzeichnen. In besonderem Maße sind hiervon die Kinder- und Jugendarbeit, die Behinderten-

hilfe⁹⁹ sowie die Erziehungshilfen betroffen. Dieser Arbeitsplatzrückgang betrifft mit ca. 18 Prozent Ostdeutschland sehr viel stärker als Westdeutschland mit ca. 10 Prozent (vgl. Tabelle 11.2). Hinsichtlich der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten (ohne das Personal mit hauswirtschaftlichen und technischen Arbeitsschwerpunkten) ist eine Zunahme der Fachkräfte mit sozialpädagogisch einschlägigem Berufs- bzw. Hochschulabschluss festzustellen (Rauschenbach/Schilling 2008).

⁹⁹ Der in der Kinder- und Jugendhilfestatistik aufgeführte Begriff der „Behindertenhilfe“ umfasst Einrichtungen – und in diesen Tätige –, die in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe fallen und nach § 45 SGB VIII eine Betriebserlaubnis für ihre Einrichtung haben. Hierzu gehören im Bereich der Behindertenhilfe beispielsweise Einrichtungen der Frühförderung oder auch Tagesheime für Heranwachsende mit Behinderungen. Bei diesen Angaben ist einschränkend zu beachten, dass es sich dabei nicht um bundesweit repräsentative Daten für diesen Bereich handelt. Da das Feld der Behindertenhilfe insgesamt sehr viel weiter ist als die entsprechenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, sind die Daten auch nicht identisch mit den Angaben zur Behindertenhilfe in Kap. 13.

Tabelle 11.2

**Entwicklung der Vollzeitbeschäftigten in der Kinder- und Jugendhilfe nach Arbeitsfeldern
(Deutschland, Ost- und Westdeutschland; 2002 und 2006;
Angaben absolut und in Prozent).**

	31.12.2002	31.12.2006 ¹⁰⁰	Veränderung 2002–2006 ¹⁰¹	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	In %
Deutschland				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	285.341	290.842	+5.501	+1,9
Kinder- und Jugendarbeit	27.541	19.814	-7.727	-28,1
Jugendsozialarbeit	4.739	4.448	-292	-6,2
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	17.435	15.261	-2.174	-12,5
Hilfen zur Erziehung (stationär)	33.604	31.687	-1.917	-5,7
Behindertenhilfe	10.953	9.013	-1.940	-17,7
Sonstige	26.453	25.520	-933	-3,5
Verwaltung	15.251	14.900	-351	-2,3
Westdeutschland (einschl. Berlin)				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	234.353	236.982	2.629	+1,1
Kinder- und Jugendarbeit	20.124	15.288	-4.836	-24,0
Jugendsozialarbeit	3.573	3.352	-221	-6,2
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	14.653	12.804	-1.849	-12,6
Hilfen zur Erziehung (stationär)	27.627	25.918	-1.708	-6,2
Behindertenhilfe	9.953	8.191	-1.761	-17,7
Sonstige	21.838	21.825	-553	-2,5
Verwaltung	12.600	12.714	114	0,9

	31.12.2002	31.12.2006 ¹⁰⁰	Veränderung 2002–2006 ¹⁰¹	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	In %
Ostdeutschland (ohne Berlin)				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	50.988	53.860	2.872	+5,6
Kinder- und Jugendarbeit	7.418	4.526	-2.891	-39,0
Jugendsozialarbeit	1.166	1.096	-70	-6,0
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	2.782	2.457	-324	-11,7
Hilfen zur Erziehung (stationär)	5.977	5.768	-209	-3,5
Behindertenhilfe	1.000	822	-178	-17,8
Sonstige	4.615	4.235	-380	-8,2
Verwaltung	2.651	2.186	-465	-17,5

¹⁰⁰ Daten für den Bereich der Kindertageseinrichtungen laut Erhebung des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2007

¹⁰¹ Daten für den Bereich der Kindertageseinrichtungen laut Erhebung des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2007

Quelle: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Einrichtungen und tätige Personen 2002 und 2006; Berechnungen der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2008

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind für die Adressatinnen und Adressaten freiwillig. Seine Umsetzung und fachlichen Niederschlag findet dieses Prinzip in den zentralen Standards der Kinder- und Jugendhilfe, allem voran in dem hohen Stellenwert, der der Beteiligung sowie der Orientierung an den Lebenswelten bzw. Sozialräumen der Adressatinnen und Adressaten zugeschrieben wird. Erscheinen vor allem im Rahmen des staatlichen Wächteramtes Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe als notwendig, zu denen keine Zustimmung der Betroffenen bzw. der Personensorgeberechtigten vorliegt, so sind diese nur möglich auf der Basis eines entsprechenden familienrichterlichen Beschlusses.

Doch auch jenseits dieser zugespitzten Konstellationen gilt für die gesamte Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, dass sie sich in einem Spannungsfeld zwischen individueller Betreuung, Unterstützung, Förderung, Erziehung und Anregung von Bildungsprozessen einerseits und vielfältigen Formen der Normierung, Sozialdisziplinierung und Kontrolle andererseits bewegt. Diese Gleichzeitigkeit, auch doppeltes Mandat von Hilfe und Kontrolle genannt, ist hier insofern von Bedeutung, als es unter den Vorzeichen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung eine weitere Variation erfährt (vgl. Kap. 21.2).

Im Verlauf der letzten 50 Jahre hat sich dieses Spannungsverhältnis als beständiger Stachel im Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe erwiesen (vgl. zuletzt im Kontext der Diskussion zum Kinderschutz: Schöne 2008). Die beschriebene strukturelle Ambivalenz der Kinder- und Jugendhilfe trat dabei umso deutlicher hervor, je mehr sich die Kinder- und Jugendhilfe seit den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts von ihrer Jugendpflege- und Fürsorgetradition entfernte und sich zu einem in seinem fachlichen Selbstverständnis sozialpädagogisch

geprägten Praxisfeld entwickelte. Wie erfolgreich dieser Prozess der „Sozialpädagogisierung des Feldes“ war, lässt sich am nachhaltigsten an der Rezeption des Achten Jugendberichtes der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 1990) und der etwa zur gleichen Zeit erfolgten Neufassung des *Jugendwohlfahrtsgesetzes* (JWG) von 1961 in Form des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* (KJHG = SGB VIII) nachvollziehen. Heute ist es unstrittig, dass in der Kinder- und Jugendhilfe sozialpädagogisches Denken und Handeln das fachliche Selbstverständnis dominieren und dies in jeder Hinsicht, also in Bezug auf die Qualifizierung und Rekrutierung des Personals, die Zugänge zum Praxisfeld, die disziplinären Hintergründe wie auch in Bezug auf die leitenden Kategorien, Reflexionsmuster und Arbeitsformen. Im Kontext dieses Berichtes ist festzuhalten, dass es das mittlerweile tief in den Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe verankerte sozialpädagogische Selbstverständnis ist, das immer wieder in Konkurrenzen und in Widersprüche zu einem störungs- und symptomorientierten, traditionell medizinisch geprägten Denken gerät, wenn es um Fragen gesunden Aufwachsens geht (vgl. Kap. 21.3).

11.2 Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zur Gesundheitsförderung – der gesetzliche Rahmen

Wie schon einleitend, u. a. mit Bezug auf den 11. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag 2002, S. 226 ff.), festgestellt wurde, hat die Kinder- und Jugendhilfe aufs Ganze gesehen bislang für sich kein allgemeingültiges Verständnis von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung ausgearbeitet. Dies findet seinen Ausdruck u. a. im SGB VIII, das bei der Benennung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im § 2 die Gesundheitsförderung

nicht nennt.¹⁰² Ein expliziter Bezug zur Thematik findet sich im SGB VIII bislang an sechs Stellen:

- Im § 8a SGB VIII, der im Rahmen des *Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes* (KICK) im Herbst 2005 eingefügt wurde, wird im Absatz 4 festgelegt: „Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.“
- Erwähnt wird der Themenkomplex Gesundheit im § 11 (1.3) SGB VIII, in dem die gesundheitliche Bildung als ein Schwerpunkt der Jugendarbeit ausgewiesen wird.
- Im § 20 SGB VIII ist die Betreuung und Versorgung von Kindern in Notsituationen durch die Kinder- und Jugendhilfe geregelt, worunter entsprechend Absatz 1 und 3 auch der Ausfall der Eltern aus gesundheitlichen Gründen fällt.
- Der bislang vermutlich am meisten diskutierte und kommentierte Paragraph des SGB VIII im Kontext der Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem dürfte der zuletzt im Rahmen des *Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes* (KICK) von 2005 ergänzte § 35a sein. In ihm wird der Anspruch auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche geregelt. Demnach haben Kinder oder Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn „ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und (wenn) daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 35 a (1) SGB VIII). Von einer seelischen Behinderung betroffen oder bedroht sind Kinder oder Jugendliche im Sinne des Paragraphen, „bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist“ (ebd.). Der Paragraph regelt die Bedingungen und fachlichen Standards, die bei der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung durch das Jugendamt zu beachten sind (§ 35a (1a) SGB VIII), wie auch die Formen der Hilfe (§ 35a (2) SGB VIII; vgl. ausführlich zu diesem Paragraphen Kap. 17.5.3). Mit dem § 35a SGB VIII ist eine direkte Schnittstelle zum SGB IX („Teilhabe und Rehabilitation“) aus dem Jahr 2001 geschaffen, die für Kinder und Jugendliche sinnvoll gangbar gemacht werden muss.
- In dem wichtigen § 45 SGB VIII, in dem die Bedingungen geregelt sind, um die Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung zu erhalten, wird in Absatz 2 festgehalten, dass diese Erlaubnis u. a. zu versagen ist, wenn „in sonstiger Weise das Wohl der Kinder oder der Jugendlichen in der Einrichtung nicht gewährleistet ist; dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn bei der Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen a) ihre gesellschaftliche und sprachliche Integration oder b) die gesundheitliche Vorsorge und medizinische Betreuung erschwert wird“. Aufgenommen wurde die Konkretisierung im Rahmen der Ergänzungen durch das *Tagesbetreuungsausbaugesetz* (TAG) aus dem Jahr 2005 auf Anregung des zuständigen Bundestagsausschusses (vgl. Deutscher Bundestag 2005a, S. 26). Aus der Sicht des Ausschusses dienen die Beispielfälle dazu, die Praxis bei der oft schwierigen Auslegung des Begriffs der Kindeswohlgefährdung zu vereinheitlichen: „Sowohl die Integration von Kindern und Jugendlichen als auch die Sicherung einer angemessenen medizinischen Versorgung greifen existentielle Grundlagen der Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen auf“ (ebd.). Diese bislang in der Fachdiskussion wenig beachtete Ergänzung ist für die in diesem Bericht im Zentrum stehende Thematik insofern von Bedeutung, als gesundheitliche Vorsorge und medizinische Betreuung neben den beiden anderen Kriterien (gesellschaftliche und sprachliche Integration) als explizite Mindestanforderungen an alle Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ausgewiesen werden, die, wenn sie nicht gewährleistet sind, als Gefährdung des Kindeswohls interpretiert werden müssen, welche wiederum den Erlaubnisvorbehalt begründet.¹⁰³
- Im § 81 SGB VIII wird schließlich die Zusammenarbeit der öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe mit Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes verbindlich vorgeschrieben.

Jenseits dieser expliziten Nennungen kann man allerdings, wie es der 11. Kinder- und Jugendbericht formulierte, „die zentralen Begriffe des KJHG ‚Entwicklung‘ und ‚Erziehung‘ so verstehen, dass sie auch die Förderung der Gesundheit umfassen. Deshalb bezeichnet § 11 (3.1) die ‚gesundheitliche Bildung‘ als einen Schwerpunkt der Jugendarbeit, deshalb gehört die Familienerholung nach § 16 zur allgemeinen Förderung in der Erziehung, und deshalb hat der Gesetzgeber die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche wegen ihrer Nähe zu den Entwicklungs- und Erziehungsaufgaben des KJHG als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe bestimmt und in § 10 (2) mit Vorrang vor der Sozialhilfe ausgestattet“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 227).

¹⁰² Zur Praxis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe vgl. Teil D dieses Berichtes.

¹⁰³ „Der Erlaubnisvorbehalt dient der Abwehr von Gefahren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Aufgabe des Staates ist es deshalb nicht, optimale Bedingungen der Betreuung oder Unterkunftsgewährung zu gewährleisten, sondern sicherzustellen, dass Mindestanforderungen beachtet werden“ (Wiesner 2006, S. 845 f.).

Die Interpretation der beiden zentralen Leitbegriffe des SGB VIII „Förderung der Entwicklung des jungen Menschen“ und „Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ im Sinne eines Auftrages, auch die Gesundheit junger Menschen zu fördern, rückt die Kinder- und Jugendhilfe in erkennbare Nähe zu den eingangs in diesem Bericht vorgestellten Konzepten. „Die strategischen Prinzipien der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung haben eine eindeutige Affinität zu den Grundlagen von Sozialer Arbeit“ (Franzkowiak 1998, S. 173). Mehr noch: Historisch betrachtet handelt es sich dabei um einen Fall von verdeckter Anleihe, wie ein Berater der WHO in den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts am Rande erwähnt: „Die Soziale Arbeit diene bei den Vorarbeiten und der Formulierung der Ottawa-Charta in vielfältiger Weise als verdeckter Bezug, etwa in der prinzipiellen Lebenswelt- und Alltagsorientierung. Im Zuge der Eingemeindung sozial-ökologischer Arbeitsprinzipien durch die Gesundheitsförderung wurde sie – gemeinsam mit der Gemeindepsychologie – teilweise als ‚ahnungslose‘ Leihmutter instrumentalisiert“ (ebd., S. 173).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich auf der einen Seite eine unmittelbare Anschlussfähigkeit, die man vereinfacht wie folgt formulieren kann: Gute Kinder- und Jugendhilfepraxis ist immer auch Gesundheitsförderung. In diesem Sinne sind Ansätze des Empowerments, der individuellen und kollektiven Befähigung, der Beseitigung sozialer Ungleichheiten und der Eröffnung von Teilhabechancen nicht nur fachliches Selbstverständnis Sozialer Arbeit, sondern ebenso Handwerkszeug der Gesundheitsförderung und sozialen Rehabilitation.

So richtig allerdings diese Feststellung auch ist, so läuft sie doch andererseits Gefahr, dass alles in eins gesetzt wird. Aus Sicht der Sachverständigenkommission muss man dieser Versuchung schon deswegen widerstehen, weil damit die Chancen für die Weiterentwicklung in diesen Bereichen vorschnell verspielt würden (vgl. Kap. 21.3).

12 Das Gesundheitssystem

Auftrag des Gesundheitssystems ist es, in seinen unterschiedlichen Handlungsfeldern und durch seine Einrichtungen und Maßnahmen „gesundheitliches Wohlbefinden der Bevölkerung oder einzelner Zielgruppen zu verbessern, Erkrankungsrisiken zu minimieren und durch professionelle Dienste und Einrichtungen der Erkennung und Therapie von Krankheiten zu dienen“ (Schwartz/Janus 2006, S. 73). Seine Finanzierungsgrundlage sind öffentliche und private Haushalte, aber auch Sozialversicherungen. Gesteuert wird das Gesundheitssystem über gesundheitspolitische Beschlüsse und Anreize.

Gesundheitspolitik ist im Sinne von *Rosenbrock* und *Gerlinger* beschreibbar „als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstel-

len oder auch nur die individuellen oder sozialen Folgen von Krankheit lindern“ (2006, S. 12).¹⁰⁴

Das Gesundheitssystem selbst lässt sich in einer ersten Annäherung auf vier Ebenen abbilden:

- Staatliche Stellen sind gemäß der föderalen Struktur in Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als gleichsam das politische Zentrum des Gesundheitssystems auf Bundesebene. Des Weiteren sind dies die Landesministerien, deren Bedeutung vor allem in der stationären Versorgung (z. B. Krankenhausplanung) und dem öffentlichen Gesundheitsdienst liegen, und schließlich die kommunalen Dezernate und Einrichtungen (z. B. Gesundheitsämter);
- Körperschaften und Verbände, die die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Selbstverwaltung organisieren (Krankenkassen und ihre Verbände, kassenärztliche Vereinigungen);
- Organisationen der Berufe im Gesundheitssystem (u. a. die Kammern der medizinischen Berufe, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände, der Verband der privaten Krankenversicherung und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung);
- in ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung tätige Fachpersonen, die psychotherapeutische, heilmittelbezogene (Krankengymnastik, Ergotherapie u. a.) und ärztliche Tätigkeiten leisten, bis hin zur Krankenhausversorgung und stationären medizinischen Rehabilitation.

Insgesamt ist das Gesundheitssystem hochkomplex verankert und gesteuert. Auf den einzelnen Regelungsfeldern hat es je eigene Steuerungssysteme hervorgebracht in Form einer Mischung staatlicher, verbandlicher und marktförmiger Elemente (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Zur Gewähr von Einheitlichkeit im Bundesgebiet hat der Bund u. a. Gesetzgebungskompetenz im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, SGB V), in der Bundesärzteordnung, im Arzneimittelgesetz, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Infektionsschutzgesetz. Die Ausführungen wiederum sind durch Landesgesetze geregelt (Waller 2007).

Im zurückliegenden Jahrhundert haben sich in den verschiedenen Nationalstaaten unterschiedliche Konzepte sozialer Sicherung entwickelt. Die für das deutsche Gesundheitssystem zentralen Eckpunkte sind auf die *Bismarck'sche* Sozialgesetzgebung des späten 19. Jahrhunderts zurückführbar. Die in der Krankenversicherung verankerten Strukturprinzipien aus der damaligen Zeit,

¹⁰⁴ Eine solche weite Fassung gesundheitspolitischen Verständnisses entspricht nicht der gegenwärtig praktizierten Gesundheitspolitik in Deutschland. Im zurückliegenden Jahrzehnt sind zunehmend die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und die mit ihr verknüpften Fragen vor allem medizinischer Versorgung zu einem die Gesundheitspolitik bewegenden Thema geworden. Ökonomische Erwägungen bestimmen weitgehend die Gesundheitspolitik und in der Folge das Gesundheitssystem.

wie die GKV, die nach dem Solidaritätsprinzip organisiert ist (Waller 2007), haben weitgehend bis heute ihre Gültigkeit bewahrt. So ist die Mitgliedschaft in dieser Versicherung für alle Gehaltsempfänger bis zu einer bestimmten Gehaltsobergrenze verpflichtend, die Beitragshöhen sind gestaffelt nach Höhe des Einkommens und nicht nach Versicherungsrisiko, und die Arbeitgeber sind am Beitrag beteiligt (Böhnisch u. a. 1999). Im Prinzip haben somit alle dort Versicherten Anspruch auf gleiche Leistungen, wobei die Kosten von der Solidargemeinschaft der Versicherten aufgebracht werden.¹⁰⁵ Allerdings haben die Mitglieder der GKV in den letzten Jahren einen wachsenden Anteil der Kosten für bestimmte Leistungen selber zu tragen, was zu einem Verzicht auf nötige medizinische Leistungen führen kann. Zudem steht Selbständigen und Beschäftigten ab einer gewissen Gehaltsstufe neben der Mitgliedschaft in der GKV auch die Private Krankenversicherung (PKV) offen, bei der sich die Beiträge an Geschlecht, Alter und individuellem Gesundheitszustand der Versicherten und dem Umfang von ihnen gewünschten Versicherungsleistungen bemessen.

Festzuhalten ist: Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Eingriffen zum Schutz des Solidarprinzips, Zwängen wirtschaftlichen Handelns und individueller Freiheit (Hensen/Hensen 2008b). In den sich verschärfenden Verteilungskämpfen um finanzielle Mittel bei gleichzeitiger Implementierung markt- sowie wettbewerbsorientierter Steuerungsinstrumente in die GKV verschlechtert sich die gesundheitsbezogene Chancengleichheit vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Erstens ist schon das Erkrankungsrisiko in benachteiligten Lebenslagen ungleich höher (Dragano u. a. 2008), zweitens verschärft die Ausdehnung wettbewerblicher Elemente im Gesundheitssystem die gesundheitlichen Ungleichheiten (Bittlingmayer 2008), sodass sich drittens die gesundheitliche Unterversorgung noch einmal durch eine unzureichende Nutzung der gesundheitsbezogenen Versorgungsangebote erhöht (z. B. im Bereich der Vorsorge). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verstärken sich somit wechselseitig (Mielck 2000, 2002).

Es sei darauf hingewiesen, dass schon seit einiger Zeit eine Reihe von grundlegenden Veränderungen des Gesundheitssystems diskutiert werden (vgl. z. B. Hensen/Hensen 2008a; Schroeder/Paquet 2009). Allerdings gehen die Meinungen, inwiefern der jeweilige Reformvorschlag einen tiefgreifenden Einschnitt in die bisher bestehende Struktur und Qualität der Versorgung darstellt, je nach Interessenslage weit auseinander. Es ist ein Kennzeichen dieser Debatte, dass ihre Details und die Implikationen der Vorschläge, auch z. B. im Hinblick auf die Auswirkungen für die Schnittstellen mit der Kinder- und Jugendhilfe mindestens für Außenstehende schon lange nicht mehr nachvollziehbar sind. Eine *abschließende*

Darstellung und Würdigung des Krankenkassen- und Gesundheitssystems und der darauf bezogenen Reformbemühungen verbietet sich vor diesem Hintergrund deshalb aktuell von selbst.

12.1 Strukturen und Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche

Die Kinder- und Jugendmedizin ist seit über 100 Jahren ein eigenständiges Gebiet im fachärztlichen Zusammenspiel des Gesundheitswesens. Sie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie von Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen der Heranwachsenden von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einschließlich pränataler Erkrankungen. Fachärztliche Spezifika sind dabei die Neonatologie¹⁰⁶, Sozialpädiatrie¹⁰⁷ und die Amtsärztinnen und -ärzte der Gesundheitsämter für Schutzimpfungen. Die wichtigsten Aufgaben der Kinder- und Jugendmedizin sind u. a. die Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen, Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen sowie Erkennung und Bewertung von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen.

Eine eigenständige Kinderzahnheilkunde ist in Deutschland nicht etabliert; allerdings beziehen sich kieferorthopädische Maßnahmen in der Regel auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Es gibt aber eine eigenständige Kinderchirurgie, die sich aus der allgemeinen Chirurgie entwickelt hat.

Die Weiterbildung zum „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ dauert nach dem Medizinstudium noch mindestens weitere fünf Jahre, die vorwiegend im stationären Bereich abgeleistet werden. Die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendmedizin sowie das Wissen über die im SGB VIII definierten Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe spielen in der Weiterbildung bislang eine untergeordnete Rolle. Der Umfang des vermittelten Wissens ist abhängig davon, in welchen Teilgebieten die Weiterbildung erfolgt. So werden angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die ihre Weiterbildungszeiten unter anderem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ableisten, vermutlich am meisten über die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe erfahren, weil diese hier am intensivsten erfolgt (so z. B., wenn es aufgrund des künftigen Bedarfs eines Patienten an Erziehungshilfen zu einer Hilfeplankonferenz kommt). Erfolgt die Weiterbildung in anderen Fach-

¹⁰⁵ Damit unterscheidet sich diese Finanzierung von der der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe: Hier werden die Kosten aus Steuernmitteln der Kommunen und Gebietskörperschaften aufgebracht.

¹⁰⁶ Die Neugeborenenmedizin befasst sich mit den Erkrankungen und der Behandlung des Neugeborenenalters. Der Schwerpunkt liegt häufig auf der Behandlung von Frühgeborenen.

¹⁰⁷ Sozialpädiatrie ist ein Teilgebiet in der Kinder- und Jugendmedizin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Krankheit und Entwicklung von Kindern und den äußeren Lebensbedingungen befasst.

gebieten, so haben die angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nur dann Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe, wenn sie bei ihrer Tätigkeit mit misshandelten bzw. vernachlässigten Kindern zu tun haben oder Eltern bei der Betreuung von chronisch kranken Kindern gefordert sind. Bei der Mehrzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte können aber genauere Kenntnisse über die Kinder- und Jugendhilfe sowie eigene Kooperationserfahrungen mit ihr nicht vorausgesetzt werden.

Kinder- und Jugendärzte sind in verschiedenen Organisationen zusammengeschlossen:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) als wissenschaftliche Fachgesellschaft,
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) als berufspolitische Vertretung,
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) als Vertreterin der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und der Kinder- und Jugendärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Alle drei Fachgesellschaften sind in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zusammengeschlossen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Deutschland seit 1969 als ein eigenes ärztliches Fachgebiet anerkannt. Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie beinhaltet die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prophylaxe, Rehabilitation und Psychotherapie von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen/Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter (bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) sowie die Intervention bei akuten psychischen Krisen (z. B. suizidale Krisen, aggressive Impulsdurchbrüche oder durch Drogenkonsum ausgelöste akute Psychosen). Auch Entziehungskuren bei jungen Suchtkranken und die Erstellung von Gutachten über psychiatrisch relevante Störungen von Heranwachsenden für andere Instanzen gehört zu ihren Aufgaben. Dabei wird jeweils den Eigenheiten der kindlichen Entwicklung, der Wechselwirkung zwischen Kind, Familie und Umwelt sowie der Lebenssituation der Heranwachsenden Rechnung getragen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie unterhält enge Beziehungen zur Kinder- und Jugendmedizin sowie zur Erwachsenenpsychiatrie.

Ein bedeutsamer Bestandteil der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen ist die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, die über speziell auf verschiedene Entwicklungsstufen und Störungsformen abgestimmte Methoden und Gesprächsformen verfügt. Kinder- und Jugendlichenpsychiater/-psychotherapeuten arbeiten zudem mit Familien, Schulen und anderen Erziehungseinrichtungen wie z. B. der Erziehungs- und Familienberatung zusammen. Psychotherapie und Pädagogik verstehen sich dabei als komplementär zueinander.

Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sind in drei Organisationen zusammengeschlossen:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) als wissenschaftliche Fachgesellschaft,
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) als berufspolitische Vertretung in Deutschland,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG).

12.1.1 Ambulante kinder- und jugendmedizinische und -psychiatrische Versorgung

Etwa 90 Prozent aller gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen werden im ambulanten Versorgungsbereich durch niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte abschließend behandelt. Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Während akute Infektionserkrankungen durch konsequentes Impfen, zunehmende Hygiene und einen besseren Lebensstandard in den letzten 25 Jahren abgenommen haben, ist die Bedeutung von Erkrankungen aus dem Spektrum der „neuen Morbidität“ (z. B. Verhaltensstörungen) erheblich angestiegen (vgl. Kap. 4). Kinder- und Jugendärzte sehen sich hier zunehmend mit Störungen konfrontiert, die durch soziale Probleme (mit)bedingt sind und im Wesentlichen nicht oder nicht allein mit dem medizinisch-therapeutischen Potenzial des Gesundheitswesens gelöst werden können. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit dem ÖGD, dem Rehabilitationssystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe dringend erforderlich.¹⁰⁸ Umgekehrt sind die wichtigsten Ansprechpartner für die Kinder- und Jugendhilfe der BVKJ und die DGSPJ. Weitere Ansprechpartner sind die Unfallversicherungen der Gemeinden und Länder, die für die Regulierung von Kindergarten- und Schulunfällen, aber auch für die Prävention von Unfallgefahren in den Einrichtungen, in denen Kinder betreut werden, zuständig sind.

Wirft man einen Blick auf die medizinische Versorgungskapazität für Heranwachsende, so zeigt sich, dass die Zahl der in der Kinder- und Jugendmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte sich im Zeitraum von Ende 1997 bis 2007 um +2 538 (22,9 Prozent; Thust 1998; Bundesärztekammer BÄK 2008) Erwerbstätige erhöht hat (vgl. Tab. 12.1). Zusätzlich zu den Fachärztinnen und -ärzten für Kinder und Jugendliche sind, ohne dass dies hier nach Prozentwerten aufgeschlüsselt werden kann, Allgemeinärztinnen und -ärzte, hausärztliche Internisten, Augenärztinnen und -ärzte, HNO-Ärztinnen und -Ärzte, Orthopäden etc. an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt.

¹⁰⁸ Ärztinnen und Ärzte und medizinische Fachkräfte, die in eigenen Praxen arbeiten, können allerdings nicht pauschal, sondern nur bezogen auf einzelne Patientinnen und Patienten abrechnen. So ist eine fallübergreifende Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe für sie nicht abrechenbar.

Tabelle 12.1

**An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligte Arztgruppen
nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, 2007**

	Berufstätige insgesamt	Ambulant	Stationär	Behörden, Körper- schaften u. ä.	Sonstige Bereiche
Kinderchirurgie	411	108	290	3	10
Kinder- und Jugendmedizin	11.788	6.495	4.312	463	518
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psycho- therapie	1.414	688	649	44	33
Zusammen	13.613	7.291	5.251	510	561

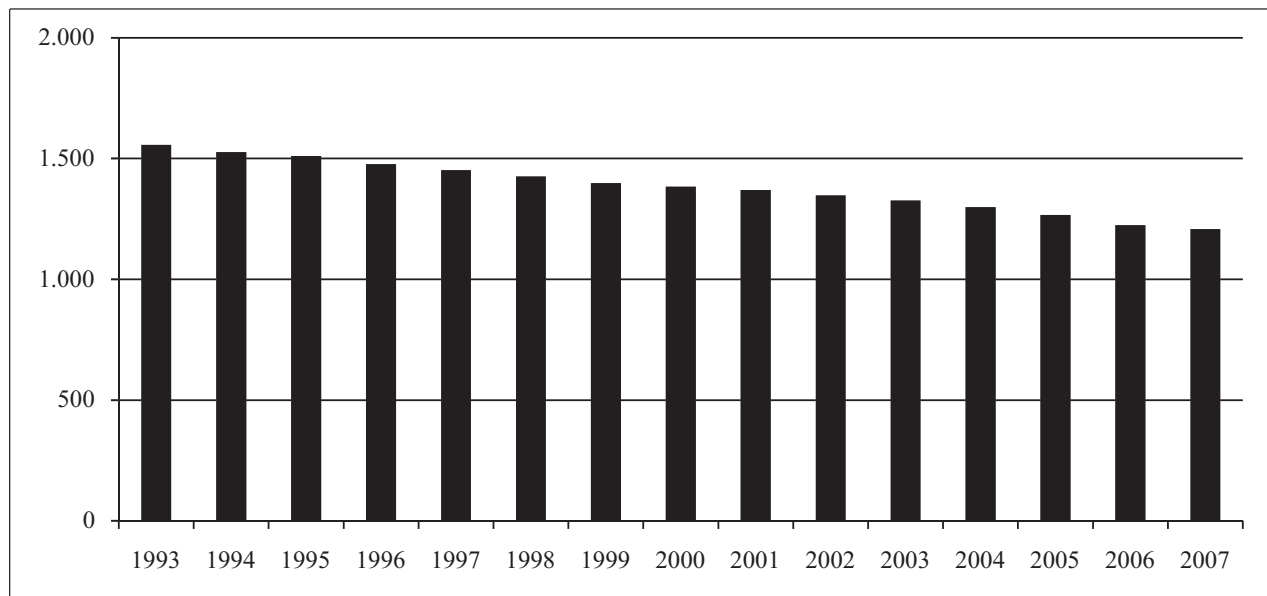
Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik zum 31. Dezember 2007 (Bundesärztekammer, BÄK 2008)

Ende 2007 waren rund 53,5 Prozent der in der Kinder- und Jugendmedizin berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich tätig. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind in der Regel der erste Ansprechpartner für Eltern bei gesund-

heitlichen Problemen ihres Kindes. An der ambulanten Versorgung nahmen im Jahr 2007 insgesamt 7 291 Ärztinnen und Ärzte teil, das sind etwa 5,3 Prozent aller in Deutschland ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄK 2008).

Abbildung 12.1

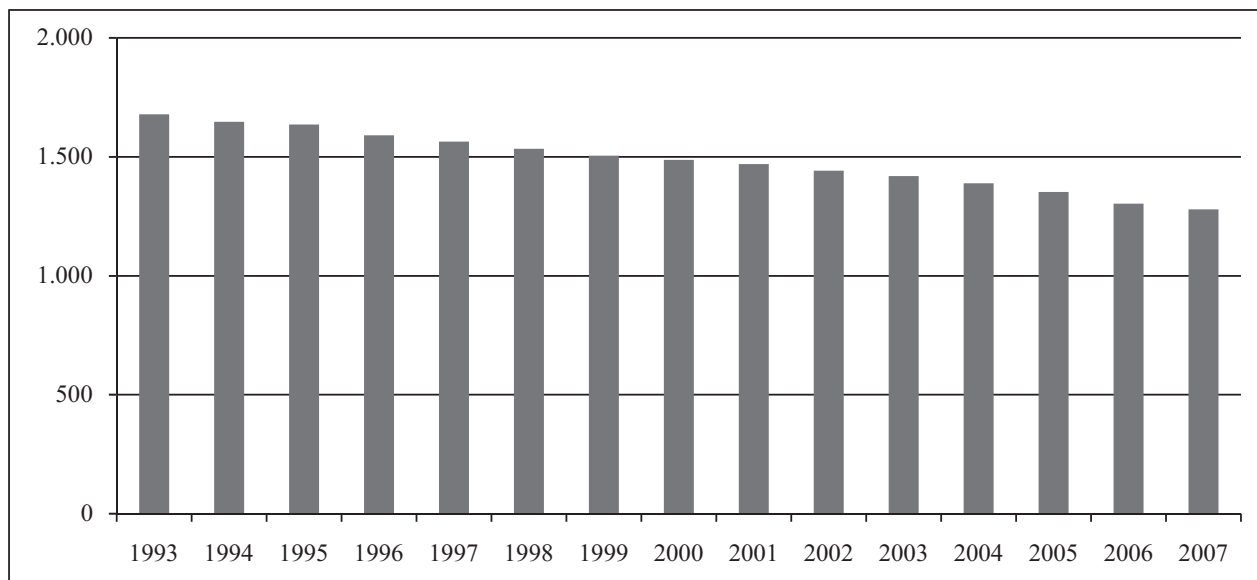
**Kinder und Jugendliche je berufstätigem Kinder- und Jugendmediziner
im gesamten Bundesgebiet von 1993 bis 2007**



Quelle: Kopetsch 2008

Abbildung 12.2

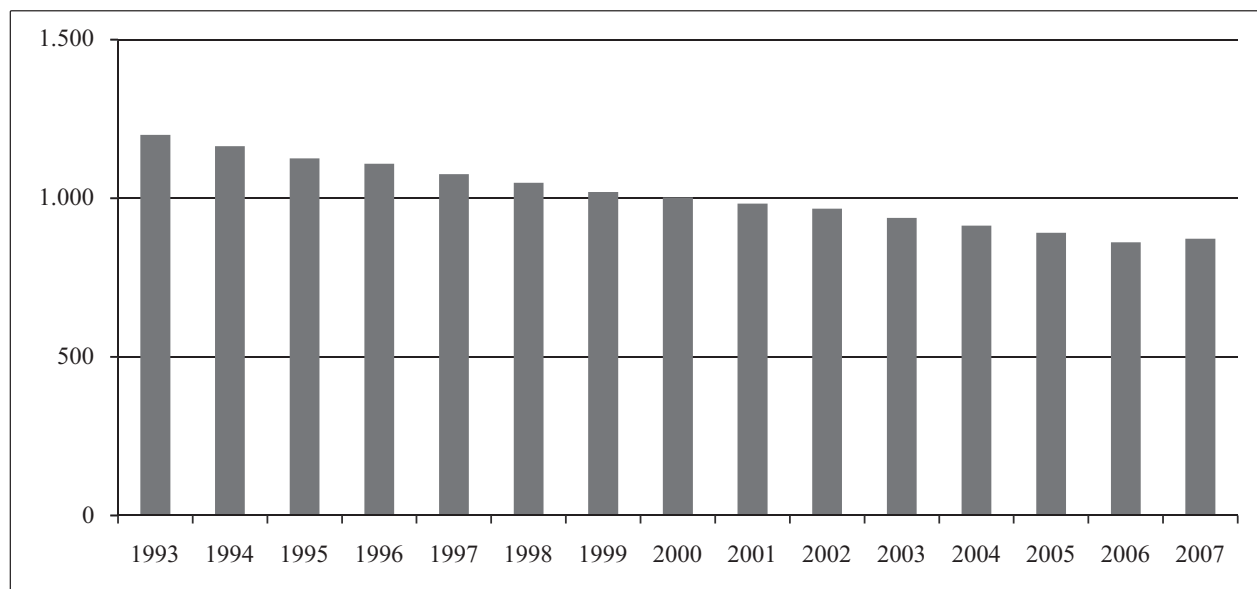
**Kinder und Jugendliche je berufstätigem Kinder- und Jugendmediziner
in den alten Bundesländern von 1993 bis 2007**



Quelle: Kopetsch 2008

Abbildung 12.3

**Kinder und Jugendliche je berufstätigem Kinder- und Jugendmediziner
in den neuen Bundesländern von 1993 bis 2007**

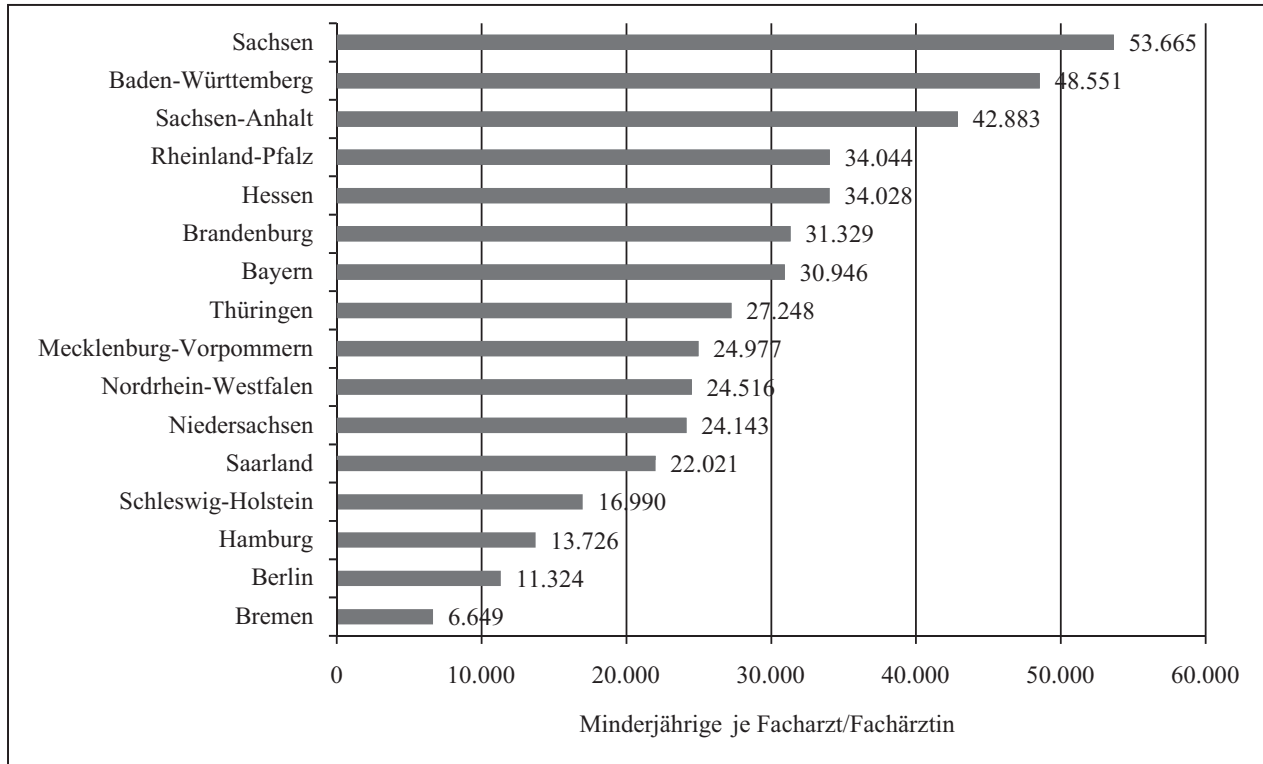


Quelle: Kopetsch 2008

Die psychiatrische Versorgung liegt ärztlicherseits in der Verantwortung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Gruppe stellt eine kleine, aber wachsende Facharztgruppe dar: Im Jahr 2007 betrug ihr Anteil an den berufstätigen

Ärztinnen und Ärzten 0,4 Prozent (1997: 0,3 Prozent; BÄK 2008). Wie die Abbildung 12.4 zeigt, ist der Versorgungsschlüssel in den verschiedenen Bundesländern jedoch sehr unterschiedlich.

Abbildung 12.4

**Zahl der Minderjährigen, für die ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung steht
(am 31. Dezember 2005)**

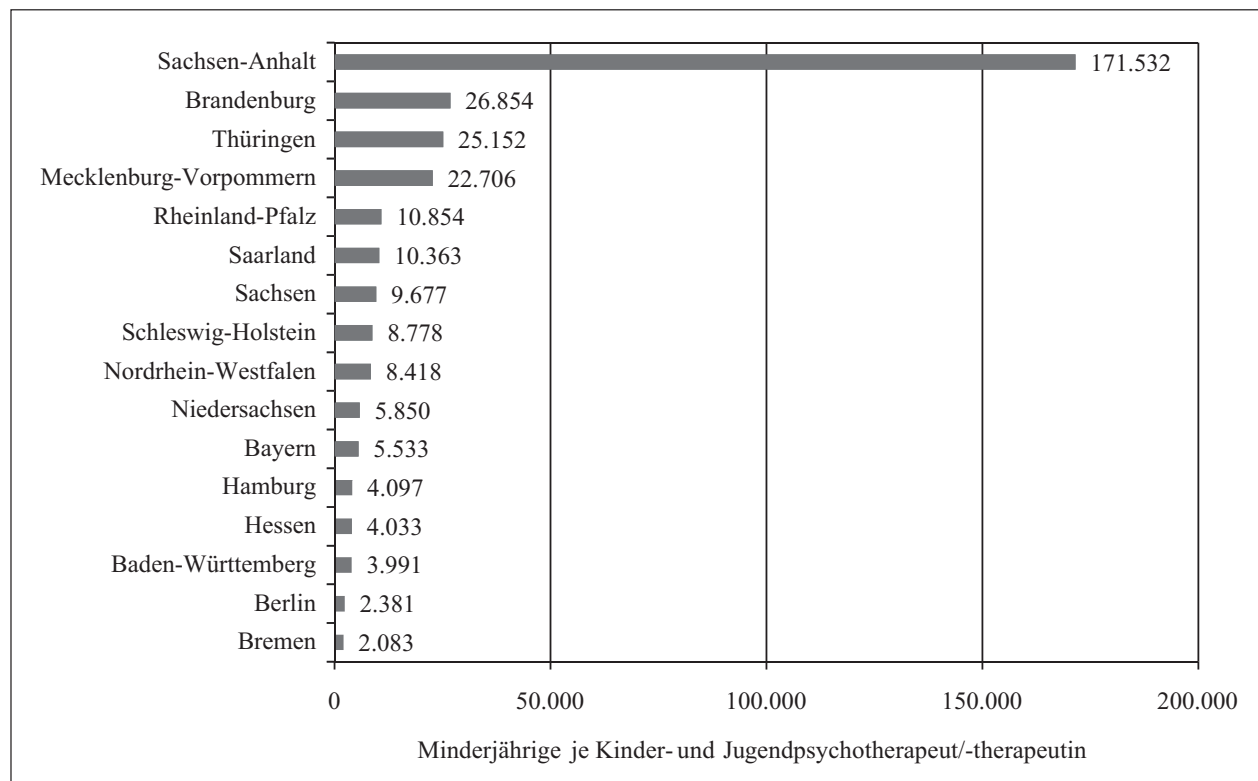
Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder, GMK 2007

Daneben sind an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychotherapieberechtigte Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt. Diese sind seit 1999 auf-

grund des Psychotherapeutengesetzes in die Organisationsform der vertragsärztlichen Versorgung integriert. Zum 31. Dezember 2007 waren 2 828 Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen/-therapeuten registriert (KBV 2008).

Abbildung 12.5

**Zahl der Minderjährigen, für die ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zur Verfügung steht
(am 31. Dezember 2005)**



Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder, GMK 2007

Auch hier ist die Versorgungsdichte in den Ländern sehr unterschiedlich (vgl. Tab. 12.5), und es besteht zwischen dem ländlichen Raum und den Ballungsgebieten ein deutliches Angebotsgefälle (GMK 2007). Aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist dokumentiert, dass Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten höhere Behandlungsquoten aufweisen als Regionen ohne derartige Ausbildungsstätten (Wittchen/Jacobi 2001). Die durchschnittliche Wartezeit auf ein diagnostisches Erstgespräch für Kinder und Jugendliche beträgt zwei Monate und auf einen Therapieplatz in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 4,5 Monate (Zepf u. a. 2003).

12.1.2 Stationäre kinder- und jugendmedizinische/-psychiatrische Versorgung

Die stationäre Behandlung sollte in eigenständigen Kinderkliniken oder Kinderabteilungen erfolgen; trotz anders lautender Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz wird aber immer noch fast die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen in nicht entsprechend qualifizierten und ausgestatteten Abteilungen für Erwachsene behandelt.

Die folgende Tabelle 12.2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Krankenhausbetten (in Kinderkliniken und Kinderabteilungen an Krankenhäusern) in der Kinderchirurgie und Kinderheilkunde sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Tabelle 12.2

Pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausbetten und ihre Nutzung

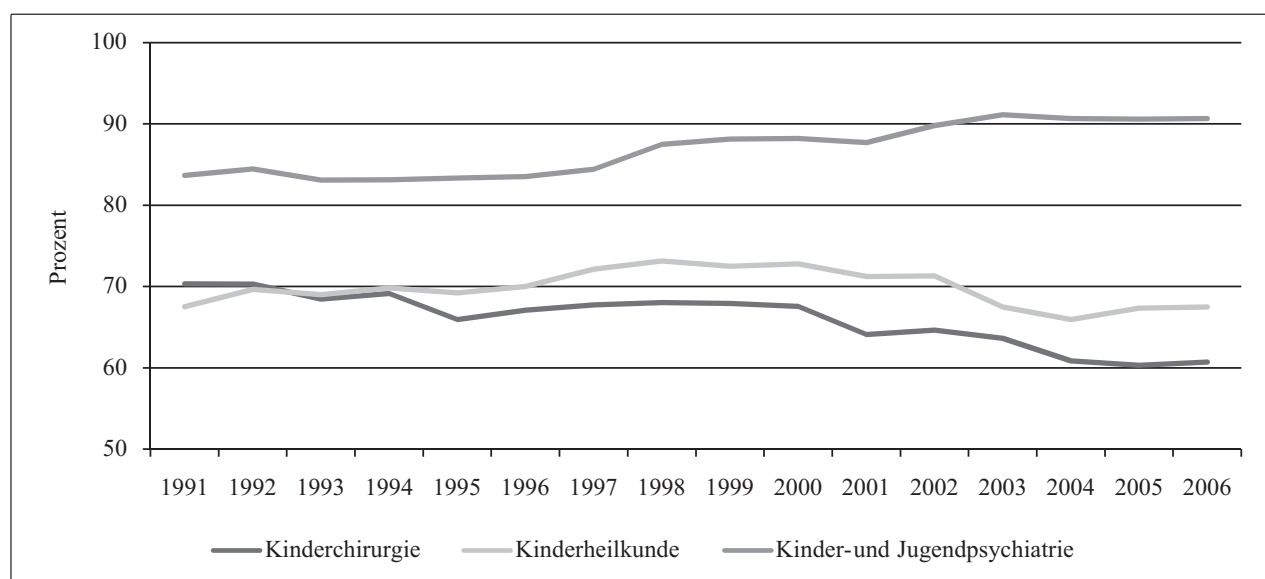
Kinderchirurgie				
	Aufgestellte Betten (Anzahl)	Pflegetage	Fälle	Verweildauer in Tagen
1994	3.238	816.970	135.379	6,0
2000	2.654	656.110	125.946	5,2
2006	1.964	435.116	113.335	3,8
Kinderheilkunde				
1994	26.217	6.681.021	845.304	7,9
2000	22.245	5.924.589	889.567	6,7
2006	20.131	4.958.005	941.644	5,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie				
1994	4.995	1.515.376	21.877	69,3
2000	4.507	1.455.160	30.273	48,1
2006	5.065	1.676.085	39.415	42,5

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Wie die Daten zeigen, kam es in der Kinderchirurgie und -heilkunde in den Jahren 1994 bis 2006 zu einem Rückgang der Betten; die Zahl der Fälle sank aber nur in der Kinderchirurgie, während die Zahl der pädiatrischen Fälle anstieg. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sank die Zahl der Betten von 1994 bis 2000 und stieg danach wieder geringfügig an; die Zahl der Fälle aber nahm um fast 50 Prozent zu. Auffallend ist die drastisch reduzierte Verweildauer: Sie betrug 1991 noch rund 126 Tage, 1994 noch 69,3 Tage und wurde bis 2006 auf 42 Tage ge-

senkt. Die kürzere Behandlungszeit konnte vor allem durch eine bessere Vernetzung und gezieltere Nutzung ambulanter Angebote im Vorfeld eines stationären Aufenthaltes und bei der Nachsorge erreicht werden (Robert Koch Institut RKI 2004), geht nach Aussagen von Klinikleitungen aber auch auf entsprechenden Druck der Krankenkassen zurück (Hoops/Permien 2006). Der Rückgang der Bettenzahlen bei wachsendem Bedarf bedingte zudem einen wachsenden Auslastungsgrad der Betten in verschiedenen pädiatrischen Fachabteilungen (vgl. Abb. 12.6).

Abbildung 12.6

**Auslastungsgrad der aufgestellten Betten in pädiatrischen Fachabteilungen von 1991 bis 2006
(Angaben in Prozent)**

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Durchschnittlich steht in Deutschland für 2 933 Minderjährige unter 18 Jahren ein *Bett* in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung. Es bestehen erhebliche regionale Schwankungen, mit einer Spanne von einem Bett pro 1 144 Minderjährige in Sachsen-Anhalt bis 5 759 in Bayern (vgl. Abb. 12.7).

Noch wesentlich ausgeprägter sind die Schwankungen im *tagesklinischen Bereich*: Die Spannweite bewegt sich hier zwischen 4 036 (Sachsen-Anhalt) und 22 115 (Brandenburg) minderjährigen Einwohnern pro Platz (vgl. Abb. 12.8).

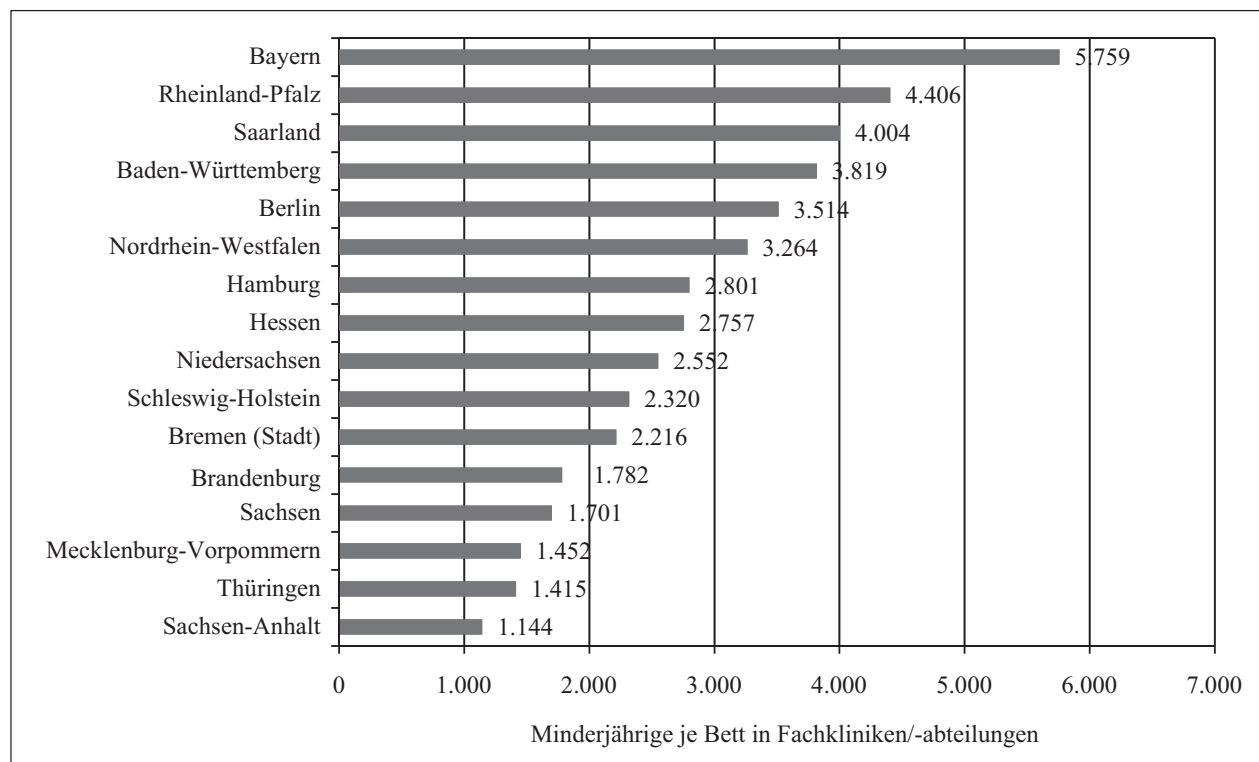
Der Ausbau der teilstationären Angebote hat nicht unbedingt zu einer Entlastung der vollstationären Plätze geführt. Es ist aber davon auszugehen, dass durch die tagesklinischen Angebote mehr Heranwachsende erreicht werden. Vermutlich stellt nicht nur die Diagnose den Indikator für die Entscheidung zwischen voll- und teilstationärer Behandlung dar, sondern der soziale Kontext und die räumliche Nähe zur Klinik entscheiden wohl mit über eine teil- oder vollstationäre Behandlung (Gesundheitsministerkonferenz der Länder GMK 2007).

Institutsambulanzen stehen an 127 der insgesamt 148 Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung¹⁰⁹; dort werden jährlich je Einrichtung ca. 900 Heranwachsende behandelt (Daten aus dem Jahr 2005). Deutlich ist ein Zusammenhang zwischen einer hohen Inanspruchnahme der Institutsambulanzen und einer geringen Dichte niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ostdeutschland. Institutsambulanzen beteiligen sich zunehmend auch an der konsiliarischen Beratung von Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe. Dies ist für die Versorgung psychisch kranker Heranwachsender von Bedeutung, da Institutsambulanzen eine bestehende oder drohende Unterversorgung im Bereich niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten ansatzweise ausgleichen (Gesundheitsministerkonferenz der Länder GMK 2007).

¹⁰⁹ Hinzu kommen 28 Institutsambulanzen, die sich nicht am Standort der Klinik befinden.

Abbildung 12.7

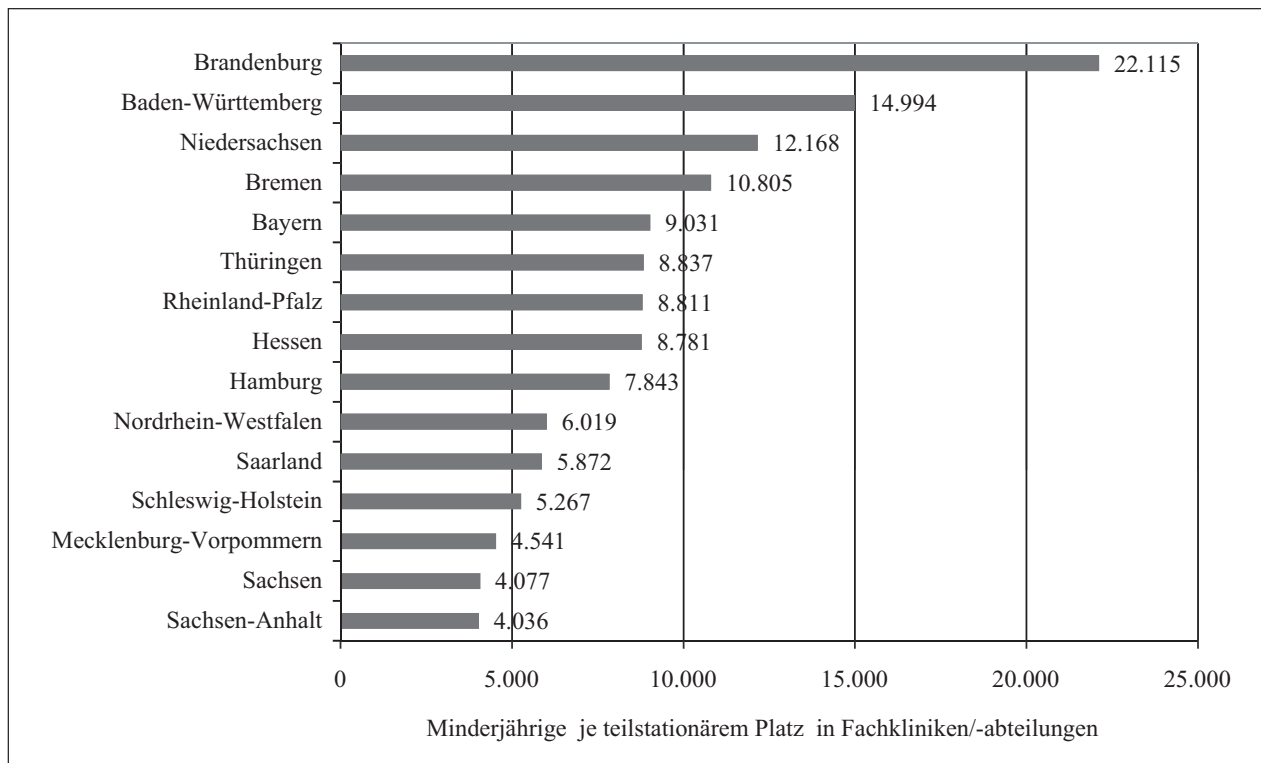
Zahl der Minderjährigen, für die ein Bett in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)



Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder GMK 2007

Abbildung 12.8

Zahl der Minderjährigen, für die ein teilstationärer Platz in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005).



Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder, GMK 2007

12.1.3 Besondere Probleme in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche

Die GKV orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen von Erwachsenen, die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre altersgerechte Entwicklung sowie auf seltene Erkrankungen werden nur unzureichend berücksichtigt.

Weiter sehen sich, wie bereits ausgeführt, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in ihren Praxen mit einer Zunahme von Problemen bei Kindern und Jugendlichen konfrontiert, die dem Krankheitsspektrum der „neuen Morbidität“ (vgl. Kap. 4.1) zuzurechnen sind, u. a.:

- körperbezogene Störungen, von Auffälligkeiten in der Gewichtsentwicklung bis hin zum Typ 2-Diabetes, Störungen im Bereich der Fein- und Grobmotorik, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien;
- psychosomatische Störungen (Kopf- und Bauchschmerzen, Ängste, Schlafstörungen);
- Störungen und Auffälligkeiten im Bereich der psychischen und Persönlichkeitsentwicklung, des Sozialverhaltens (z. B. ADHS), der Sprachentwicklung, der schulbezogenen Leistungsfähigkeit, der Pubertäts-

und Selbstständigkeitsentwicklung und des Ablösungsprozesses von den Eltern;

- gesundheitsschädliches Medien- und Konsumverhalten sowie erste Zeichen einer Suchtentwicklung.

Auf diese Veränderungen ist das Gesundheitssystem nicht eingestellt. Zwar könnten viele der Auffälligkeiten und Störungen aus dem Spektrum der neuen Morbidität (vgl. Kap. 4.1) durch intensive primäre Prävention im Kleinkind- und Grundschulalter wesentlich eingedämmt werden, doch wäre dazu eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherungen, ÖGD, Frühförderstellen, Kinder- und Jugendhilfe, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie den Trägern von Kindertageseinrichtungen notwendig. Diese scheitert u. a. bisher daran, dass die GKV für Präventionsleistungen derzeit nur maximal 2,8 Prozent ihrer Gesamtausgaben aufwendet.

Die bisherigen Anstrengungen im Bereich der Prävention erscheinen auch deshalb völlig unzureichend, weil Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte schon jetzt befürchten, dass nahezu jedes zweite übergewichtige Kind im Laufe seines Lebens einen Typ-2-Diabetes entwickeln wird, weil es sich falsch ernährt und zu wenig Bewegung hat. Eine solche Entwicklung wäre mit immensen Folgekosten für die Gesellschaft verbunden und würde das Ge-

sundheitssystem auf Dauer unfinanzierbar machen. Es ist daher aus der Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte allerhöchste Zeit, Programme zur Primärprävention des Diabetes mellitus bereits für das Kindesalter zu entwickeln, ihre Effektivität zu prüfen und flächendeckend umzusetzen.

Ein weiteres Problem liegt in der Versorgung von Kindern mit (drohender) Behinderung: Trotz der Frühförderverordnung des SGB IX kann nicht von einer flächendeckenden Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in den Bundesländern gesprochen werden. Mit der Frühförderverordnung (FrühV) wollte der Gesetzgeber die Hilfeleistungen für Kinder (unter sechs Jahre) mit (drohender) Behinderung in eine Hand geben. Träger der Komplexleistung Frühförderung sollen nach dieser Verordnung ausschließlich Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sein, die diese Leistung interdisziplinär zu erbringen haben.

Da in einigen Ländern die Frühförderstellen nicht so ausgestattet sind, dass sie eine Komplexleistung (Physiotherapie, Logopädie, Heilpädagogik) ermöglichen können, sind diese darauf angewiesen, bestimmte Therapien durch niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten einlösen zu lassen. Ein solches Vorgehen kann nun als ein Verstoß gegen die FrühV gewertet werden. So verweisen die Krankenkassen in den Verhandlungen über die FrühV darauf, dass sie keine heilpädagogischen Therapien finanzieren, wenn diese außerhalb von Frühförderstellen geleistet werden. Wird dagegen nach SGB IX Eingliederungshilfe als heilpädagogische Leistung gewährt, schließt dies wiederum den Einbezug der Frühförderung aus. In der Praxis kann diese Regelung darauf hinauslaufen, dass sich die Eltern von Kindern mit (drohender) Behinderung, die bereits an anderer Stelle heilpädagogische Leistungen für ihre Kinder erhalten, nicht mehr an die Frühförderstellen wenden können, da diese ausschließlich Komplexleistungen zu erbringen haben. Diese Regelung kann auch dazu führen, dass die Eltern sich in dem Fall, in dem bereits an einer anderen Stelle (z. B. in der Kindertagesbetreuung) heilpädagogische Leistungen für das Kind erbracht werden, die weiteren notwendigen Therapien, wie z. B. logopädische Therapie außerhalb von Frühförderungseinrichtungen organisieren müssen.

Die Konkurrenzen zwischen Krankenkassen, die sich auf die Frühförderverordnung berufen, einerseits und der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Sozialhilfe als Träger von Eingliederungshilfen (Heilpädagogik) andererseits, die realistisch weitere Orte der Hilfen in ihr Handeln einbeziehen, beruhen also auf einer Verordnung, die gut gemeint ist, aber die derzeitige reale Situation der Versorgung von Kindern mit Heilmitteln nicht in ihre Überlegungen einbezogen hat. Diese Konflikte werden derzeit auf dem Rücken der betroffenen Familien ausgetragen. Weitreichende Auswirkungen hat diese Situation auf diejenigen Kinder mit Behinderung, die eine integrative Tagesstätte besuchen, da hier der notwendige

Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Frühförderung durch Länderbescheide unmöglich gemacht werden kann.

Die Verordnung von Heilmitteln unterliegt zudem Budgetgrenzen, die – ohne Berücksichtigung der vorhandenen Morbidität – regional völlig unterschiedlich sind und die Vertragsärztinnen und -ärzte oft vor unlösbare Probleme stellen. Zudem ist die Abgrenzung zwischen den gebotenen pädagogischen Maßnahmen und indizierter medizinischer Therapie vielfach insbesondere im Frühstadium nicht möglich.

Weiter führt das unzureichende Angebot an früher Förderung von Grundkompetenzen in Kindertageseinrichtungen zu einem medizinisch nicht zu begründenden Anstieg von Heilmittelverordnungen, weswegen Ärztinnen und Ärzte regelmäßig mit Prüfanträgen der Krankenkassen konfrontiert werden. Besonders betroffen sind dabei Kinder aus armen Familien, Kinder Alleinerziehender und Kinder mit Migrationshintergrund.

12.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Gesundheitsschutz der Bevölkerung ist eine hoheitliche Aufgabe des Staates auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene. Staatliche Stellen nehmen diesbezüglich ordnungspolitische Angelegenheiten und Gesundheitsvorsorge wahr; die Gesamtheit dieses Aufgabenbereiches wird als ÖGD bezeichnet. Aufgabe des ÖGD ist es „mit seinen eigenen Behörden und Einrichtungen die Gesundheit der Menschen mit allgemeinen, übergreifenden und im Interesse der Allgemeinheit liegenden Maßnahmen zu schützen und zu fördern. Die maßgeblichen Rechtsgrundlagen sind das Grundgesetz sowie je unterschiedliche Gesetze des Bundes und der Länder und hierauf beruhende Verordnungen“ (Specke 2005, S. 359).

Seit 1991 ist das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) die oberste Gesundheitsbehörde in Deutschland. Für die Durchführung von gesetzlichen Vorgaben und die fachliche Beratung ist dem BMG eine Anzahl von Einrichtungen nachgeordnet (Steen 2005), von denen hier nur die genannt werden, die im Zusammenhang mit dem vorliegenden Bericht von Bedeutung sind:

- Das *Robert-Koch-Institut* (RKI) ist die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der Krankheitskontrolle und -prävention und damit auch die zentrale Referenzeinrichtung auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmeorientierten Forschung sowie für den ÖGD.
- Die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) erarbeitet Grundsätze und Richtlinien für den Inhalt einer praktischen Gesundheitserziehung, für die Aus- und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung Tätigen sowie die Koordination und Verstärkung der Gesundheitserziehung und -aufklärung.

- Das *Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information* (DIMDI) stellt u. a. Informationsdatenbanken zum gesamten Medizinsektor bereit und gibt die amtlichen medizinischen Klassifikationen (ICD)¹¹⁰ heraus.

Entsprechend des Föderalismusprinzips sind die Kernbereiche des öffentlichen Gesundheitssektors (einschließlich des ÖGD) durch Landesgesetze festgelegt. Landesgesundheitsämter und -institute als oberste Landesbehörden haben die Aufgabe, die Realisierung der Landesgesetze und -richtlinien zu unterstützen und die kommunalen ÖGD zu beraten (Steen 2005). Für die Kinder- und Jugendhilfe ist vor allem die kommunale Ebene des ÖGD bedeutend, zu der in den meisten Bundesländern die Gesundheitsämter zählen (Reinicke 2005).

Die Gesundheitsämter haben in den zurückliegenden beiden Jahrzehnten immer mehr der Sozialepidemiologie verpflichtete Aufgaben übernommen und ihr Leistungsspektrum folgendermaßen verändert:

- von überwiegend einzelfallbezogenen zu gruppen- und sozialraumbezogenen Leistungen,
- von unmittelbaren Dienstleistungen zu Managementleistungen und Qualitätssicherung,
- von Kriseninterventionen zu Prävention und Gesundheitsförderung (Steen 2005, S. 40).

Die Aufgaben des kommunalen ÖGD gliedern sich in bestimmte Kernbereiche, die in der Bundesrepublik nahezu flächendeckend durch Ansätze der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung vervollständigt werden (Steen 2005):

- Amtsärztlicher Dienst,
- Umwelthygiene und Gesundheitsschutz,
- Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie,
- Gesundheitshilfe,
- Gesundheitsförderung und Prävention sowie
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienste.
- Zu den Sachgebieten von Kinder- und Jugendgesundheit sind zu rechnen:
- Mütterberatung,
- Kindergarten- und Schulgesundheitspflege (u. a. durch wiederholte Gesundheitschecks von Kindern und Jugendlichen und Schuleingangsuntersuchungen),
- Begutachtung von (drohenden) Behinderungen bei Kindern und Tätigwerden bei Kindesmisshandlung,
- Hygiene, Prävention und

- Gesundheitsförderung (u. a. durch Neugeborenen-Screenings, Impfungen sowie Impfberatungen) sowie Gutachten für das Jugendamt (vgl. von Troschke, Mühlbacher 2005, S. 160).

Kritisch ist hier anzumerken, dass der ÖGD zwar vielerorts über einen eigenen kinder- und jugendmedizinischen Dienst verfügt, insbesondere in Großstädten, es aber nicht gewährleistet ist, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte über eine Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin verfügen. Aus Kostengründen sind diese Dienste in den letzten zehn Jahren zudem erheblich ausgedünnt worden, Reihenuntersuchungen (in Kindertageseinrichtungen oder Schulen) finden nur noch sehr eingeschränkt statt. Ebenso wurde die Aufgabe ausreichender Impfungen weitgehend an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte delegiert. Auch die früher üblichen Mütterberatungsstunden vor Ort existieren kaum noch. Wieweit es dem ÖGD also angesichts z. T. äußerst unzureichender personeller Ausstattung noch gelingt, seine Aufgaben umzusetzen, ist von Land zu Land und von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich.

Am skizzierten Aufgabenprofil wird aber sichtbar, dass der ÖGD keineswegs überflüssig ist, zumal ein sozialstaatlicher Anspruch auf Schutz, Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit besteht: „An Aufgaben für den ÖGD herrscht kein Mangel, wohl aber an einer ausreichenden Institutionalisierung zur Aufgabenbewältigung.“ (Grunow/Grunow-Lutter 2000, S. 16).

Die verschiedenen Aufgabenbereiche in Gesundheitsämtern dokumentieren, wie notwendig es ist, den ÖGD mit Fachpersonal aus unterschiedlichen Disziplinen auszustatten. Kleinere Ämter verfügen aber in aller Regel nicht über spezifisch qualifizierte Fachkräfte für ihre verschiedenen Aufgabenbereiche. *Brand* u. a. stellen fest: „Im Gegensatz zu der allgemeinen Vorstellung, im ÖGD würden nur Verwaltungsbeamte arbeiten, bleibt festzuhalten, dass in einem großen Gesundheitsamt mindestens 10 bis 15 Berufsgruppen tätig sind, wobei das Thema Gesundheit [...] nicht mehr nur von der Sparte Medizin bearbeitet wird, sondern auch Sozialpädagogik, Ingenieurwissenschaften, Biologie, Psychologie, Gesundheitswissenschaften (Public Health) und Sozialwissenschaften vertreten sind“ (2003, S. 369). Da sich die Tätigkeitsfelder im ÖGD nicht zuletzt an aktuellen Bedarfen zu orientieren haben, wird die Fähigkeit zu einer interprofessionellen Kooperation mit anderen Einrichtungen und sozialen Diensten immer wichtiger. Dies gilt auch in Bezug auf das Jugendamt, wo im Rahmen der Mitgestaltung der Kinder- und Jugendgesundheit der Bedarf an Kooperation im Bereich Früher Förderung eine große Rolle spielt.

Eine weitere wichtige Kooperationsaufgabe stellt die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene dar. Diese bildet die Grundlage für die Gesundheitsverwaltung vor Ort in ihrer lokalen Gesundheitsplanung, die weitere Impulse durch lokale Gesundheitskonferenzen unter Mitwirkung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte (vor allem auch aus der Kinder- und Jugendmedizin), Kli-

¹¹⁰ ICD: „International Classification of Diseases“, einheitliches Krankheits-Klassifikationssystem der WHO. Nach der derzeit gültigen ICD-10 werden u. a. psychische Störungen bei Heranwachsenden mit (drohender) seelischer Behinderung diagnostiziert.

niken, sozialer Einrichtungen wie Jugendämtern, aber auch Schulen erhalten kann.

Der ÖGD ist ein wichtiger Partner in der gesundheitsbezogenen Prävention und der Gesundheitsförderung in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe. Deutlich ist aber auch, dass die Chancen und Möglichkeiten einer verstärkten Kooperation zwischen ÖGD und Jugendhilfe bisher sehr unterschiedlich wahrgenommen und genutzt werden. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die Gesetze der Länder relativ vage und enthaltsam formuliert sind. Eher offen gehaltene Aufgabenkataloge mit allgemeinen Zielvorgaben verpflichten nicht oder nur bedingt, spezifische Hilfeangebote anzubieten. Insofern ist es die politisch motivierte Entscheidung einer jeden Gebietskörperschaft, sich im Rahmen des ÖGD verstärkt in diesem Bereich zu engagieren.

12.3 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem

Aus dem Dargelegten wird deutlich, wie wichtig das Zusammenspiel verschiedener Systeme wird, die für Kinder und Jugendliche Aufgaben erfüllen. Die inhaltliche Ausrichtung dieses Berichtes hat zur Folge, dass auch die in Bewegung geratenen Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe einerseits und Gesundheitswesen andererseits Aufmerksamkeit finden. Markantester Ausdruck dieser Entwicklung ist gegenwärtig sicherlich der Bereich der sogenannten Frühen Hilfen bzw. früher Förderung (vgl. Kap. 16.1) Diese meist kooperativ angelegten Angebote sollen nicht nur allgemein junge Eltern unterstützen, sondern auch präventiv Kindesvernachlässigung, -misshandlung und Kindstötung verhindern. Das vergleichsweise junge Handlungsfeld an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Geburtskliniken, Hebammen und der Pädiatrie ist gegenwärtig gekennzeichnet durch eine große Entwicklungsdynamik einerseits und höchst kontroverse Fachdiskussionen andererseits.

Aus der Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind die Kooperationen unerlässlich, wenn es um den Bereich des Kinderschutzes geht. Hier könnten die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zwar aufgrund ihrer Häufigkeit, Regelmäßigkeit und hohen Akzeptanz in der Bevölkerung eine Chance darstellen, Verdachtsfälle von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch frühzeitig zu erkennen. Doch hat der *Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*¹¹¹ am 13. September 2007 beschlossen, aufgrund derzeit noch fehlender erprobter und wirksamer Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshand-

lung im Rahmen der Kinderuntersuchungen keine diesbezüglichen Regelungen in die „Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ aufzunehmen. Allerdings ist in den Richtlinien vom 19. Juni 2008 (in Kraft getreten am 1. Januar 2009) folgendes verankert: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, S. 4). Die Vorsorgeuntersuchungen sind vom Gesetzgeber bisher als reine Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen oder deren drohendem Eintreten vorgesehen (sekundäre Prävention). Aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin wäre vor diesem Hintergrund eine umfassende inhaltliche Überarbeitung dieser Untersuchungen dringend erforderlich, ebenso müssen Frequenz und Fokus der Untersuchungen ausgeweitet und mehr den Bedürfnissen der Kinder angepasst werden, wenn sie die Ansprüche auf frühzeitige Prävention erfüllen sollen.

Diskutiert werden auch noch die Frage des Datenschutzes und die Rolle der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte als Vertrauenspersonen für die Eltern. Ergeben sich im Rahmen einer Untersuchung allerdings (unsichere) Anzeichen dafür, dass das Kindeswohl gefährdet ist, muss aus der Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte das „Recht des Kindes auf Schutz“ ein höheres Gut als die ärztliche Schweigepflicht sein. Bislang schien dies nicht ausreichend gewährleistet. Es wird abzuwarten sein, inwiefern die geplanten Regelungen im Rahmen des aktuell in der Diskussion befindlichen Referentenentwurfes für ein Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) sich realisieren lassen und in der Praxis bewähren.

In diesem Feld befinden sich noch viele Lösungsansätze in der Entwicklung oder Erprobung. Es zeigen sich teilweise interessengeleitete Widerstände und Blockaden, aber auch objektive Strukturprobleme, zudem sind eine Reihe von Rechts- und Finanzierungsfragen offen. Abschließende Lösungen liegen damit derzeit nicht vor. Noch offen ist beispielsweise das Zusammenspiel der Kräfte, wenn zukünftig vermehrt durch frühe Förderung Entwicklungs- und Gesundheitschancen von Kindern positiv beeinflusst werden sollen.

Die steile Karriere, die diese Thematik in der Kinder- und Jugendhilfe innerhalb kurzer Zeit nahm und die sich bis hinein in die Beschlüsse der Jugendministerinnen und -minister der Länder widerspiegelt, findet ihren Ausdruck u. a. in einer Reihe von Fachveranstaltungen großer Träger und Dachverbände im Herbst 2008 und im Jahr 2009.¹¹² Zugleich mehren sich die Hinweise auf ein wachsendes Interesse der Gesundheitspolitik und der Ak-

¹¹¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Entscheidungsgremium für alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (<http://www.g-ba.de/>). Die Tätigkeit des G-BA (oder auch GemBA) ist im SGB V festgelegt. In diesem Ausschuss sitzen stimmberechtigt Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, der Vertragsärzte, der Vertragszahnärzte und der Krankenhäuser. Nicht stimm-, aber anhörberechtigt sind Patientenvertreter. Seit Juli 2008 ist der Ausschuss umstrukturiert und hat hauptamtliche Mitglieder.

¹¹² Vgl. beispielsweise die Tagungen von SOS-Kinderdorf e.V. am 13. und 14. November 2008 zum Thema „Jugendhilfe und Gesundheitshilfe – zwei Systeme nähern sich an“ in Berlin oder des Instituts für Soziale Arbeit (ISA) in Münster in Zusammenarbeit mit der Caritas und der Katholischen Erwachsenen- und Familienbildung im Erzbistum Köln im November 2008 zum Thema „Gesundheit von Familien und Kindern – Szenarien zwischen Überernährung, Bewegungsmangel, Verwahrlosung, Körperkult und Leistungsgesellschaft“ in Köln.

teure des Gesundheitssystems an der Kinder- und Jugendhilfe. Die Handlungsempfehlungen zur Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, die von der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte vorgelegt wurden (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe, AGJ/BVKJ 2008), sind dafür ebenso ein Beispiel wie ein verstärkter Bezug auf Angebote der Kinder- und Jugendhilfe in Veröffentlichungen und Kampagnen des BMG, der BZgA und anderer Akteure des Gesundheitssystems. Vor allem die Einrichtungen der Kindertagesbetreuung werden neben den Schulen als strategisch zentrale Orte für Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung wahrgenommen und umworben, was insofern seine Entsprechung in der Kinder- und Jugendhilfe findet, als diese Themen altersbezogen mittlerweile in allen Bildungsplänen für die Kindertagesbetreuung mindestens auf Landesebene verbindlich vorgesehen sind (vgl. Friederich 2008; Kap. 16.2).

Nicht absehbar ist derzeit, inwieweit diese jüngeren Entwicklungen auch auf die traditionellen Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem übergreifen. In einer Expertise für den vorliegenden Bericht haben *Fegerl/Besier* (2008) mit guten Gründen an die langjährige Debatte um den § 35a SGB VIII und das dahinterstehende Problem der wenig überzeugenden Zuständigkeitstrennung zwischen Kinder- und Jugendhilfe für Fälle (drohender) psychischer Behinderung auf der einen Seite und Behindertenhilfe bzw. Rehabilitationssystem für Fälle (drohender) körperlicher und geistiger Behinderung auf der anderen Seite hingewiesen.

13 Eingliederungshilfe und Rehabilitation

Die Behindertenhilfe erbringt vorrangig Leistungen der sozialen und beruflichen Rehabilitation (vgl. Kap. 13.3) nach den Prinzipien der Eingliederungshilfe (früher Bundessozialhilfegesetz) und finanziert sich in der Regel aus Mitteln der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Sie nahm in Deutschland in der Mitte des 19. Jahrhunderts ihren Ausgang zum einen in pädagogisch-theologisch geprägten Handlungsfeldern (Rettungshäuser und Heilerziehungsanstalten), zum anderen analog zu stationären Krankenhäusern (Heil- und Pflgeanstalten). Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich die Behindertenhilfe in (West-) Deutschland als ein von der Gesundheitshilfe und dem Bildungsbereich abgegrenztes System, in dem auch – unter dem Dach der Eingliederungshilfe – mehr und mehr Aufgaben des Gesundheitssystems, der Bildung und Erziehung als Komplexleistungen gesondert und parallel zu existierenden Regelangeboten entwickelt wurden (stationäres Gruppenwohnen, Sonderschulwesen, Freizeitgestaltung/Tagsstrukturierung, Frühförderung, berufliche Bildung und Förderung, Sonderarbeitsbereich, aber auch Krankenversorgung, Therapie und Gesundheitsförderung). Zugleich existieren zwischen den Bereichen Gesundheit und z. T. zur Kinder- und Jugendhilfe Schnitt-

stellen, die immer dann Bedeutung erlangen, wenn zur (drohenden) Behinderung weitere Gefährdungspotenziale wie z. B. Armut, Migrationshintergrund oder Krankheit hinzukommen.

Die vor allem über kirchliche Träger (z. B. Diakonie und Caritas), andere Träger der Wohlfahrtspflege (z. B. DPWV) und Selbsthilfeverbände (z. B. Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung) entwickelten und vorgehaltenen Behindertenhilfeangebote haben sich nach dem Zweiten Weltkrieg auf dem Erfahrungshintergrund der Maßnahmen des Dritten Reichs entwickelt: Zu nennen sind hier das Gesetz zur sogenannten „Verhütung und Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wie auch das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, durch das Menschen mit Behinderung an der Fortpflanzung gehindert wurden und als „unnütze Esser“ registriert und getötet wurden (insbesondere zwischen 1939 und 1942 über 5 000 Kinder). Die Meldung und Erfassung dieses Personenkreises erfolgte teilweise über die Gesundheitssysteme (Ärztinnen und Ärzte, Hebammen), aber auch über die Bildungssysteme (Schulen). Zwangssterilisationen, aber auch Euthanasiemaßnahmen wurden mit Hilfe medizinischer und pädagogischer Dienste realisiert. Insbesondere die Kindereuthanasie, die den Auftakt der Tötung behinderter Menschen bildete, wurde in „Kinderfachabteilungen“ von Krankenhäusern umgesetzt, während man den Familien neue Heil- und Milderungsbehandlungen versprach. Vor der Tötung durch überdosierte Medikamente oder Unterernährung und Unterkühlung dienten die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung oft über Monate als Objekte für Versuche und nach ihrem Tod als „Gegenstand“ pathologisch-anatomischer Studien.

Aus diesen historischen Erfahrungen lässt sich nach dem Zweiten Weltkrieg zumindest teilweise der Weg der deutschen Behindertenhilfe in komplexe Sondersysteme ableiten. Auch die schlechte Datenlage, bezogen auf das Auftreten von Behinderungsformen und die Registrierung von Menschen mit Behinderung ohne ihr Mitwirken beruht auf diesem geschichtlichen Hintergrund. Eine systematische staatliche Erfassung von Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen mit Behinderung ist in Deutschland bis heute nicht vorgesehen, so dass man Zahlen aus „Hilfskonstruktionen“ über die Leistungssysteme (Fälle in Frühförderstellen, Sonder- bzw. Förderschulen, stationäre Plätze, Berufsbildungs-/förderungswerke, Werkstätten für Menschen mit Behinderung) oder „Anerkennungspapiere“ (Behindertenausweis) ableiten muss.

Nach 1945 etablierte sich in Deutschland nicht nur ein eigenes System von Sondereinrichtungen, sondern es differenzierte sich auch mehr und mehr nach Grundformen von Behinderung wie körperlicher, geistiger und Sinnesbehinderung, aber auch nach weiteren kombinierten oder zusätzlichen Einschränkungen (Mehrfachbehinderungen), Verhaltensauffälligkeiten oder Epilepsien. In diese Einrichtungen waren und sind in der Regel neben Maßnahmen zur Rehabilitation (Therapien) auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung integriert.

13.1 Konzepte der Behindertenhilfe und inklusive Angebote

Die Diskussion darüber, ob Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung in Sondereinrichtungen besser gefördert werden als in Regeleinrichtungen, beschäftigt nunmehr seit mehr als drei Jahrzehnten die Fachwelt und Öffentlichkeit. Im internationalen Vergleich – beispielsweise mit skandinavischen Ländern – bietet Deutschland eine noch immer auf stationäre Komplexleistungen fokussierte Angebotsstruktur an. Bezogen auf Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben sich zwar vermehrt integrative Angebote der Erziehung, Bildung und Betreuung etabliert (vor allem im Kindertagesstättenbereich und vereinzelt in Schulen), die Unterschiede im föderalen System sind aber erheblich. Noch immer werden Fachlichkeit und besondere Angebotsstrukturen im Schulwesen (hier unterrichten akademisch und behinderungsspezifisch häufig grundständig geschulte Pädagoginnen und Pädagogen in kleinen Klassen und räumlich wie personell besonders ausgestatteten Schulgebäuden in der Regel ganztags) gegenüber dem Preis dieser Exklusivität (u. a. vorrangig Begegnung mit behinderten Schülerinnen und Schülern, lange Fahrzeiten, geringe Leistungsanreize) konträr abgewogen. Allerdings münden Diskussionen und Erfahrungen mit Integrationsprozessen heute in Forderungen nach einem verstärkten flächendeckenden Ausbau von Unterstützungsstrukturen beim Wohnen, der Bildung und Erziehung, der Freizeitgestaltung und der Angebote im Arbeitsleben, die inkludierende Wirkungen entfalten. Mit der Forderung nach Inklusion wird der Blick weg von einer Logik der anbietenden Institution hin zu den Chancen auf ein Leben der Teilhabe im Gemeinwesen gelenkt.

Die konzeptionelle Neuausrichtung des Systems der Behindertenhilfe wird flankiert vom endgültigen Abschied von einer Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung, die sie als krank und darum behandlungs- und fürsorgebedürftig definiert. Die Betroffenen selbst weisen darauf, dass Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit Teil der individuellen Persönlichkeit sind und ein Entwicklungsziel daher zwar lautet, ein Leben unter Entfaltung größtmöglicher individueller Fähigkeiten und der Wahl eines eigenen Lebensstils führen zu können, dies aber nicht überwiegend über medizinisch-therapeutische Intervention und andere Veränderungsprozesse nach dem Maßstab einer gesetzten „Normalität“ realisiert werden soll. Maßgeblich soll vielmehr der Ausgleich bestehender

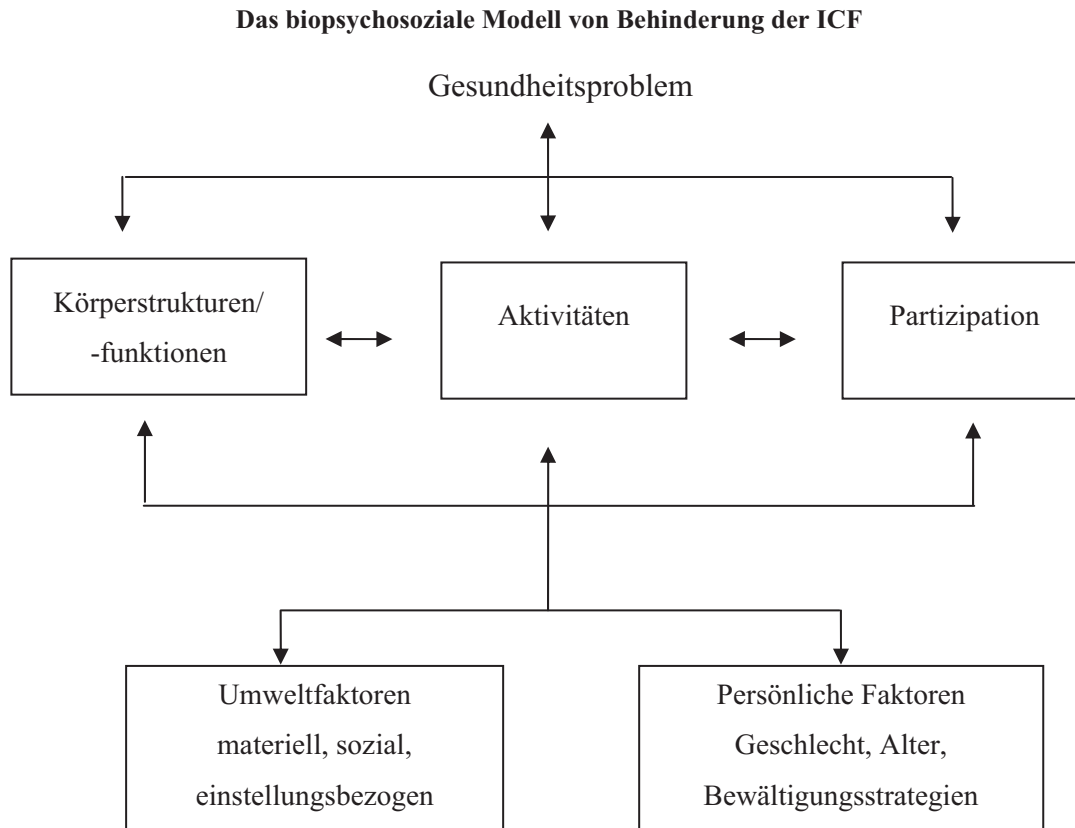
Chancenungleichheiten sowie ein unbedingtes Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft sein, das sich im Bürgerstatus realisiert. Folgt man dem Konzept der Salutogenese, bedeutet das, dass auch Menschen, die mit Behinderung leben, Gesundheit und Krankheit ausbalancieren müssen. Die somit möglichen Kohärenzerfahrungen werden allerdings beeinflusst durch normative Fähigkeitsvorstellungen der sozialen Umwelt, die sich auf die Chancen gleichberechtigter Teilhabe in der Gesellschaft auswirken. Deshalb fordern die Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter für Menschen mit Behinderung, wie auf der *Europäischen Behindertenkonferenz von Madrid* (2002) geschehen, ein Recht auf Differenz ebenso wie das Recht auf Gleichstellung im Verhältnis zu Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Durch die am 19. Dezember 2008 von der Bundesregierung ratifizierte *UN-Konvention über die Rechte Behinderteter* wurde ein weiterer Schritt zur Umsetzung dieser Forderungen erfüllt. Die Konvention steht für einen Perspektivwechsel hin zur Anerkennung von Menschen mit Behinderungen als Subjekte von Rechten. Ziel dabei ist die volle Teilhabe Behinderteter in allen Bereichen der Gesellschaft. Die Umsetzung dieser Rechte wird die Angebote der Behindertenhilfe in Deutschland in den kommenden Jahren grundsätzlichen Änderungen unterwerfen.

13.2 Funktionsfähigkeit, Teilhabe und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Die Forderungen nach Gleichstellung und Differenz haben mit der Schaffung des Leistungsgesetzes SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe“ ihren gesellschaftlichen Ausdruck gefunden. Mit der Verabschiedung des Neunten Buches Sozialgesetzbuches (2001) hat der Gesetzgeber das allgemeine Ziel der Rehabilitation als „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ neu definiert. Damit liegt der Fokus nicht mehr auf medizinisch gedeuteten Defiziten (Krankheiten, Störungen, Unfähigkeiten), sondern auf Zielen (Teilhabe), Potenzialen (Gesundheit) und dem Weg dorthin (bio-psycho-soziales Modell von Behinderung). Diese Orientierung entspricht der aktuellen, international gültigen Klassifikation von funktionaler Gesundheit (ICF), die im Zusammenspiel verschiedener Wirkfaktoren das Gelingen von Teilhabe (Partizipation bzw. Inklusion) oder das Misslingen bestimmt und betrachtet (Seger u. a. 2004).

Abbildung 13.1



Quelle: Weltgesundheitsorganisation, WHO 2001, S.18

Exkurs 13.1 ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Die ICF ist eine Klassifikation, mit der ein festgestellter Zustand funktionaler Gesundheit eines Menschen vor dem Hintergrund möglicher Barrieren oder Förderfaktoren in seinem Umfeld standardisiert dokumentiert werden kann. Ziel der ICF ist es, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung funktionaler Gesundheit zur Verfügung zu stellen und damit die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen zu verbessern (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2008). In der ICF ist Behinderung ein Oberbegriff für Schädigungen oder Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Körperstrukturen (anatomische Körperteile wie Organe und Gliedmaßen) und Körperfunktionen (z. B. Wahrnehmung, Sprache, Stoffwechsel), der Aktivitäten (Durchführung einer Aufgabe oder Handlung wie Lernen oder Kommunizieren) und der Teilhabe (das Einbezogensein in die verschiedenen Lebensbereiche wie soziale Beziehungen, Mobilität, Arbeit und Beschäftigung, Bildung, Rechte). Diese drei Bereiche beeinflussen sich wechselseitig und stehen in Abhängigkeit zu Kontextfaktoren: Der gesamte Lebenshintergrund eines Menschen, seine Umwelt (wie Technologien, soziale Beziehungen und Unterstützung) und seine persönlichen Voraussetzungen (wie Alter, Geschlecht, Bewältigungsstrategien und Lebensstil) wirken hinderlich oder förderlich bei der Umsetzung seines Lebensplans. Behinderung ist nach diesem biopsychosozialen Modell das Ergebnis negativer Wechselwirkungen zwischen einer Person, ihren Gesundheitspotenzialen und den jeweiligen Umweltfaktoren (Seidel 2003). Behinderung entsteht folglich immer dann, wenn eine unzureichende Passung zwischen den Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, den an sie gerichteten Erwartungen und den Umweltbedingungen besteht.

Weil die ICF für die Lebensphasen Kindheit, Jugend und junges Erwachsenenalter eine mangelnde Passung aufweist (Simeonsson u. a. 2003), wurde sie von Fachleuten gegenüber der WHO kritisiert. 2002 bildete sich eine *Working Group for Children and Youth*, die das Mandat der WHO zur Entwicklung einer ICF-Version für Kinder und Jugendliche erhielt. Die Publikation in englischer Sprache erfolgte im Herbst 2007 (Hollenweger 2008). In ihr wurden Beschreibungen erweitert, neue Inhalte eingefügt und Kriterien für Inklusion und Exklusion modifiziert mit dem Ziel, Funktionsfähigkeit und Entwicklung zusammenzubringen, ungewöhnliche Entwicklungswege zu analysieren, Lebenswelten als Umweltfaktoren in die Aufmerksamkeit zu rücken und sich auf Partizipation mit nachhaltiger Wirkung auszurichten (Simeonsson u. a. 2006). An der deutschsprachigen Version der ICF für Kinder und Jugendliche wird derzeit noch gearbeitet.

Hintergrund der Übersetzungsbemühungen ist der Versuch, die Situation von Heranwachsenden mit Behinderung zu beschreiben, über eine gemeinsame systemübergreifende Sprache Orientierungshilfen für die interdisziplinäre Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen zu bieten sowie Angebote und Bedarfe auszudrücken. Dadurch können Angebotsgestaltung und Ressourceneinsatz wirksam und wirtschaftlich gesteuert werden. Durch Komplementärfelder mit der ICD-10 ist zudem eine Brücke zur medizinischen Sprache gebaut und gangbar. Die Komplexität in der Praxis der Angebote für Kinder und Jugendliche kann über das Orientierungsinstrument ICF gedeutet und reduziert werden (Hollenweger 2007 und MHADIE¹¹³).

13.3 Leistungskanon der Rehabilitation

Im § 1 SGB IX heißt es: „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen“.

Über die ursprüngliche Wortbedeutung von Rehabilitation – jemanden wieder eingliedern, in die vorherige Situation zurückversetzen – hinaus sollen Maßnahmen der Rehabilitation dazu beitragen, dass Menschen trotz Behinderung und chronischer Erkrankung die soziale Integration und soziale Teilhabe gelingt (Koch u. a. 2006; vgl. Kap. 7.2.2). Bei Kindern mit angeborenen oder früh erworbenen Störungen klingt der Begriff der Rehabilitation eher missverständlich, da sie nicht gefördert werden, um Fähigkeiten wieder zu erlangen, sondern diese altersentsprechend zu entwickeln (von Voss/von Kries 2007). Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet für Kinder und Jugendliche mit Behinderung z. B. der regelmäßige Besuch einer Regelkindertagesstätte, einer Regelschule oder der Zugang zu und Erhalt eines Freundeskreises, wie ihn sich Heranwachsende ohne Behinderung aufbauen können.

Diesem Ziel sollen Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation dienen (vgl. Abb. 13.2). Rehabilitationsleistungen werden unterschieden in stationäre, teilstationäre, ambulante und mobile Hilfen. Stationäre Rehabilitationsleistungen werden erst dann erbracht, wenn ambulante oder mobile Hilfen am Wohnort des Kindes nicht mehr ausreichen oder durchführbar sind (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) 2008). Stationäre Leistungen werden entweder in einer Rehabilitationsklinik oder in Heimen erbracht. Teilstationäre Leistungen werden insbesondere in Bildungseinrichtungen wie Orten der Kindertagesbetreuung, Schulen und in Werkstätten erbracht. Ambulante und mobile Hilfen erbringen die Frühförderstellen oder sozialpädiatrische Zentren (SPZ) wie auch niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater.

Das Rehabilitationssystem in Deutschland ist in seiner Sachlogik schwer fassbar, da die Rehabilitation weder von einem einzelnen Träger erbracht wird, noch einem bestimmten Zweig der sozialen Sicherung zugeordnet werden kann (Müller 2006, S. 41). Die Rehabilitationsleistungen werden vielmehr im Sozialleistungssystem von den einzelnen Trägern im Rahmen ihrer Hauptaufgabenstellung wahrgenommen.

Als Rehabilitationsträger werden in Deutschland Institutionen bezeichnet, die Maßnahmen und Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erbringen und durchführen. Zu den Trägern rechnet man je nach Zuständigkeitsbereich (§ 6 (1) SGB IX) die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die Kinder- und Jugend- sowie Sozialhilfe sowie die Träger der sozialen Entschädigung und der Kriegsopferversorgung und -fürsorge (vgl. Kap. 12).

Art und Umfang der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe sind in den §§ 1 bis 59 SGB IX sowie in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches geregelt: (SGB V – GKV), SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB XII (Sozialhilfe).

¹¹³ MHADIE – Measuring Health and Disability in Europe (www.mhadie.org)

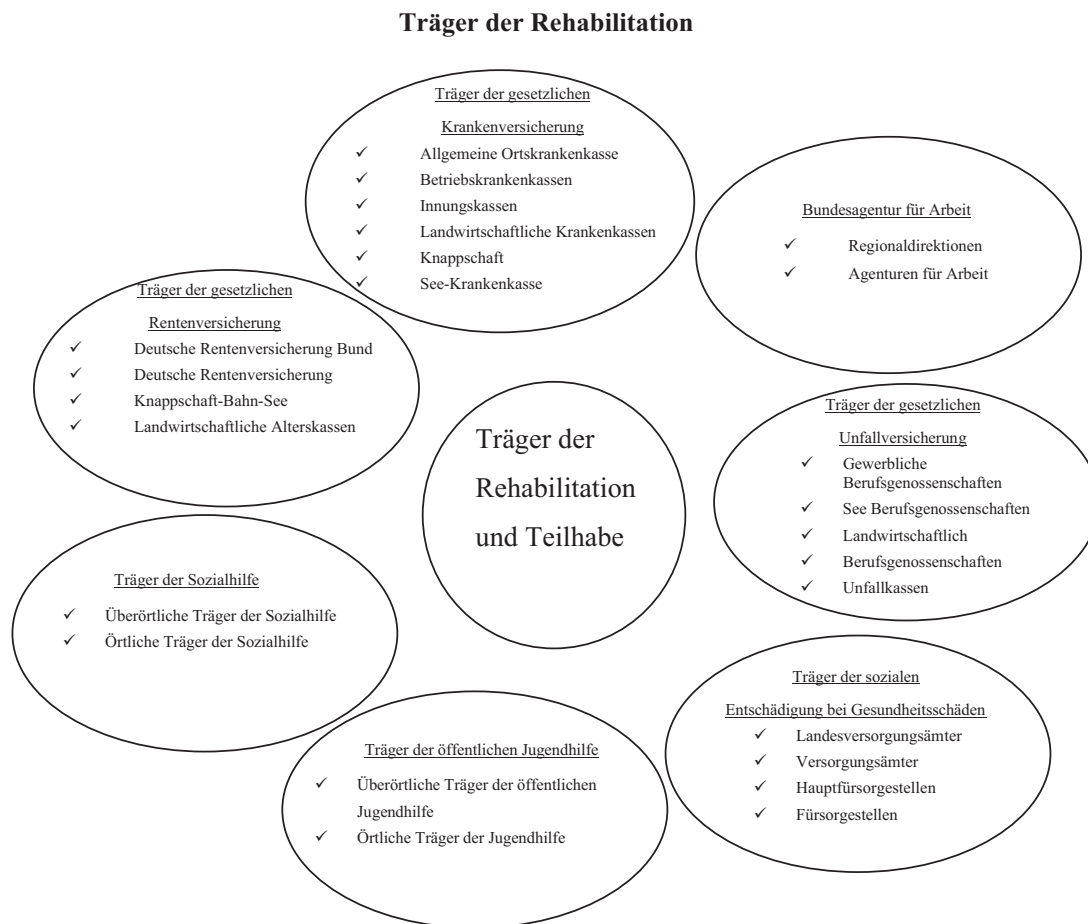
Abbildung 13.2

Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur Teilhabe
<p>Insbesondere:</p> <p>Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie</p> <p>Zahnärztliche Behandlung</p> <p>Arznei- und Verbandsmittel</p> <p>Heilmittel einschließlich physikalischer Sprach- und Beschäftigungstherapie</p> <p>Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel</p> <p>Belastungserprobung und Arbeitstherapie</p> <p>Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen</p> <p>Stufenweise Wiedereingliederung</p> <p>Früherkennung und Frühförderung</p> <p>Förderung der Selbsthilfe</p> <p>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in ambulanter oder stationärer Form erbracht</p>	<p>Insbesondere:</p> <p>Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen</p> <p>Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung</p> <p>Berufliche Anpassung und Weiterbildung</p> <p>Berufliche Ausbildung</p> <p>Überbrückungsgeld entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 (1) Nummer 2 bis 5</p> <p>Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben</p> <p>Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen</p> <p>Arbeitsassistenten</p> <p>Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen</p> <p>Eingliederungszuschüsse</p> <p>Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb</p> <p>Teilweise oder volle Kostenersatzung für eine befristete Probebeschäftigung</p> <p>Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen</p>	<p>Insbesondere:</p> <p>Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in den §§ 31, 33 SGB IX genannt sind</p> <p>Heilpädagogische Leistungen</p> <p>Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten</p> <p>Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt</p> <p>Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung</p> <p>Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten</p> <p>Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben</p> <p>Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe</p>	<p>Insbesondere:</p> <p>Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld</p> <p>Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit</p> <p>Rehabilitationssport in Gruppen einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen</p> <p>Funktionstraining in Gruppen</p> <p>Fahr- und andere Reisekosten</p> <p>Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten</p> <p>Nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe</p> <p>Kraftfahrzeughilfe</p>

Quelle: Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, S. 69 ff.

Abbildung 13.3



Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, BAR 2007

Alle Rehabilitationsträger sind verpflichtet, chronisch kranke oder behinderte Menschen umfassend über mögliche Rehabilitationsmaßnahmen zu informieren und zu beraten. Für eine trägerübergreifende Beratung im Antrags- und Leistungsverfahren hat der Gesetzgeber gemeinsame Servicestellen nach § 22 SGB IX geschaffen. Der konkrete Nutzen dieser Servicestellen wird jedoch in Fachkreisen bislang kontrovers diskutiert, wie ein Fachgespräch im Rahmen der Erstellung des vorliegenden Berichtes eindrucksvoll dokumentierte. Die Selbsthilfeorganisation Kindernetzwerk beispielsweise kommt in einer Befragung unter Eltern behinderter Kinder und Jugendlicher zu dem Ergebnis, dass die Servicestellen nach SGB IX die Betroffenen nicht erreichen, da die Eltern über die Existenz und Funktion der Servicestellen nicht ausreichend informiert sind, nur jeder sechste Betroffene (innerhalb der Selbsthilfe) kennt bislang die Servicestellen (Kindernetzwerk e. V. 2007).

Einen nicht unbedeutenden Anteil im Behindertensystem nehmen die Selbsthilfevereinigungen ein. Sie haben dort, wo Beratung im öffentlichen System der Behindertenhilfe fehlt oder unzureichend gestaltet ist, eine solche übernommen. Die Verbände fordern daher auch, dass sie ver-

stärkt in die Planungsgespräche der Träger und der Kinder- und Jugendhilfe einbezogen und als unentgeltliche Leistungserbringer stärker als bisher wahrgenommen werden.

Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche werden, vereinfacht gesagt, je nach zu erwartender Beeinträchtigung zu großen Teilen entweder von der gesetzlichen Rentenversicherung oder der GKV übernommen. Die gesetzliche Rentenversicherung gewährt Rehabilitationsmaßnahmen dann, wenn erwartet wird, dass ohne eine Rehabilitation die zukünftige Erwerbstätigkeit des Heranwachsenden wesentlich beeinträchtigt ist. Oder anders formuliert: Durch die Rehabilitation wird eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit angenommen (Fuchs 2004). Hingegen gewährt die GKV Rehabilitationsleistungen, wenn einer drohenden Behinderung vorgebeugt, sie beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden soll, also letztlich um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu mildern.

Im Zeitraum zwischen 1998 bis 2003 hat es bei einem Anstieg der stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen insgesamt eine Verschiebung der Finanzierung

stationärer Rehabilitationsleistungen von den Krankenkassen zu den Rentenkassen gegeben (Petermann u. a. 2006). Die Antragshäufung bei der Rentenversicherung hat ihre Ursache in der (fast automatischen) Weiterleitung der Anträge durch die GKV. Kinderrehabilitation ist bei der Rentenversicherung jedoch lediglich eine Ermessensleistung nach § 31 SGB VI. Die Ablehnungsquote bei der Rentenversicherung beträgt entsprechend über 50 Prozent, was bedeutet, dass jeder zweite Antrag abgelehnt wird und danach die Antragstellung „versandet“.

Daneben ist zwischen 2000 und 2007 bei den Kinderheilbehandlungen (Rentenversicherung) eine Verschiebung im Altersdurchschnitt um ein Jahr nach unten auf 9,3 Jahre feststellbar (Deutsche Rentenversicherung Bund 2008). Auf die einzelnen Altersgruppen bezogen bedeutet das eine Zunahme bei den Kinderheilbehandlungen der 5- bis 9-Jährigen von 23 Prozent auf 30 Prozent und eine Abnahme bei den 10- bis 14-Jährigen von 42 Prozent auf 30 Prozent, während alle anderen Altersgruppen nur leichte Schwankungen verzeichnen. Die drei häufigsten Indikationen bei der Kinder- und Jugendheilbehandlung sind Erkrankungen der Atemwege, Adipositas und psychische Erkrankungen. Zwischen 2000 und 2007 stieg insbesondere die Zahl der Kinderheilbehandlungen aufgrund einer psychischen Erkrankung (2000: 16 Prozent; 2007: 22 Prozent). Nach Expertinnen- und Expertenmeinung ist dafür, neben der Zunahme der psychiatrischen Störungsbilder, auch die hohe Auslastung von akutpsychiatrischen vollstationären und teilstationären Einrichtungen verantwortlich. Der Ausbau der psychosomatischen/psychiatrischen Rehabilitation ist deshalb dringend anzustreben.

Besonderheiten der Leistungen in der Kinder- und Jugendrehabilitation ergeben sich schon aufgrund des unterschiedlichen Entwicklungsstandes von Kindern und Jugendlichen. Im Säuglings- und Kindesalter steht daher zunächst eine intensive Elternberatung und -begleitung im Vordergrund, während bei Jugendlichen das Selbstmanagement an Bedeutung gewinnt. In den Rehabilitationsprozess sollen begleitende Fachdienste, Erzieherinnen und Erzieher und Lehrerinnen und Lehrer wie auch Eltern und die Heranwachsenden selbst eingebunden werden.

Die medizinische Rehabilitation versteht sich als Interventionsbaustein in einem langfristigen Behandlungskonzept. Ihre Hauptziele und Ansatzpunkte sind die Verbesserung eines Erkrankungs-, Einschränkungs- oder Störungszustandes unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren und die Vermeidung von sekundären gesundheitlichen Folgen entsprechend den Vorgaben und Zielen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Auch die medizinische Rehabilitation zielt darauf ab, den bestmöglichen Gesundheitszustand und eine weitgehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen. Dabei steht der Kompetenzaufbau zur Bewältigung und zum Management des eigenen Einschränkungszustands im Vordergrund der Rehabilitation; akute Symptome (wie Schmerz, Verstimmung u. a.) werden soweit wie möglich gemildert sowie die physische oder psychische Leistungs-

fähigkeit gestärkt. Besonders soll die persönliche Entwicklung ganzheitlich zugunsten einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung gefördert werden, die das Kernziel jeder Rehabilitationsleistung für Kinder und Jugendliche darstellt.

Aber auch nach der Einführung des SGB IX sind behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen noch immer mit Unwägbarkeiten beim Verfahren der Leistungserbringung und mit Ungleichbehandlungen bei der Leistungsgewährung konfrontiert (Müller 2006). Die meisten der beklagten Probleme entstehen, weil die Rehabilitationsträger die Bestimmungen des SGB IX nicht anwenden. Zur Beseitigung der Defizite bedarf es daher nicht neuer gesetzlicher Regelungen, sondern vor allem der Anwendung geltenden Rechts (Fuchs 2008).

Beispielhaft seien hier einige der Probleme in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen dargestellt:

- 1) Die Rehabilitationsträger sind nach SGB IX aufgefordert, den funktionsbezogenen Leistungsbedarf in neun Teilhabebereichen nach der ICF zu erheben. Diese Indikationskriterien sind für den Bereich von Kindern und Jugendlichen noch nicht ausreichend operationalisiert. Dies führt u. a. dazu,
 - dass trotz erheblichen Rehabilitationsbedarfs häufig Leistungen in dazu nicht geeigneten Einrichtungen, insbesondere Vorsorgeeinrichtungen, durchgeführt werden;
 - dass anstelle zielgerichteter Leistungen für Mütter, Väter und Kinder Vater-Mutter-Kind-Leistungen bewilligt werden, obwohl spezifische familientherapeutische Leistungen nicht erforderlich oder nicht ausreichend sind;
 - dass Leistungen aus Kostengründen in Rehabilitationseinrichtungen ausgeführt werden, die – bezogen auf Kinder und Jugendliche – nicht über eine bedarfsgerechte und wirksame Struktur- und Prozessqualität verfügen;
 - dass in großer Anzahl Anträge wegen Unzuständigkeit abgelehnt werden.

Als Fazit bleibt, dass das derzeitige Begutachtungsverfahren nur bedingt eine zielgerichtete Identifikation und Beauftragung für die Auswahl einer bedarfsgerechten und wirksamen Einrichtung ermöglicht.

- 2) Die Rehabilitationsträger lehnen den Berechtigten durch das SGB IX § 9 ausdrücklich eingeräumte Wunsch- und Wahlrecht (in Bezug auf die Einrichtung, in der die Rehabilitation durchgeführt werden soll) häufig unter Hinweis auf nicht vorhandene Verträge und Mehrkosten ab. Der Rehabilitationsträger ist aber entsprechend der Gesetze aufgefordert, seinen Sicherstellungsauftrag für die Durchführung so zu organisieren und zu gestalten, dass sich daraus kein grundsätzliches Hemmnis für die Wahrnehmung des gesetzlich zugesicherten Wunschrechtes durch die Berechtigten ergibt.

- 3) Die hohe Anzahl abgelehnter Anträge steht in engem Zusammenhang mit der Nichtbeachtung insbesondere der Bestimmungen des § 14 SGB IX. Dieses Verfahren basiert auf dem Grundsatz, dass immer ein Träger der medizinischen Rehabilitation für einen nachgewiesenen Rehabilitationsbedarf vorhanden ist und über diese Leistung innerhalb von drei bis maximal fünf Wochen entschieden werden muss. Danach kann ein Leistungsverfahren im Bereich medizinischer Rehabilitation nicht mehr durch Ablehnungen wegen Unzuständigkeit, sondern nur noch durch Weiterleitung an den zuständigen Träger, durch Leistungsbewilligung oder durch Ablehnung mit der Begründung beendet werden, dass mangels Leistungsbedarf bei keinem Träger ein Leistungsanspruch besteht.

Wenig zielführend erscheint auch die Tatsache, dass Kinder bei der medizinischen Rehabilitation nur bis zum Eintritt ins Schulalter von einem Elternteil begleitet werden können, weswegen viele Eltern notwendige Rehabilitationsmaßnahmen erst gar nicht beantragen. Zudem wird die in der Richtlinie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgesehene vier- bis sechswöchige Rehabilitationsdauer immer häufiger gekürzt, was angesichts der Tatsache, dass das Budget in der Kinder- und Jugendrehabilitation auf 3 Prozent des Erwachsenenbudgets beschränkt bleibt, nicht verwundert. Zu guter Letzt gibt es bei Kindern und Jugendlichen auch keine Finanzierung der Rehabilitationsnachsorge, wie sie im Erwachsenenbereich vorgesehen ist.

13.4 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe und Rehabilitation

Die Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe leisten als Rehabilitationsträger nach den Bestimmungen des § 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Für die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe sind die Jugendämter bei den Stadt- und Landkreisen zuständig. Ihre Leistungen haben jedoch Nachrang gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger – mit Ausnahme der Sozialhilfe.

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche beinhaltet u. a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z. B. Früherkennung und Frühförderung), Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Berufsvorbereitung oder -ausbildung) und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. pädagogische Hilfen oder Training lebenspraktischer Fertigkeiten).

Eingliederungshilfe erhalten Heranwachsende zumeist im Rahmen der Frühförderung, in Sonder- bzw. Förder- oder Integrationskindertageseinrichtungen, durch begleitende Hilfen in den Regelschulen, in Sonder- bzw. Förderschulen, durch Hilfen der Berufsbildung und begleitende Hilfen an einem öffentlichen Arbeitsplatz oder in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung sowie durch Hilfen

bei der Beförderung und Begleitung, um an kulturellen und Bildungsveranstaltungen teilnehmen zu können und um die ärztliche Betreuung zu ermöglichen. Dazu kommen begleitend mögliche Therapien, die im Kindesalter einen breiten Stellenwert haben, hingegen im Jugendalter einen immer geringeren Stellenwert einnehmen.

„Aus der getrennten Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Kinder- und Jugendhilferecht (§ 35a SGB VIII) und für sonstige behinderte Kinder und Jugendliche sowie von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche im Bundessozialhilfegesetz (§ 39 (1, 2, 3) BSHG) [jetzt SGB XII; Anmerkung der Verfasser] ergeben sich vielfältige Probleme der Zuordnung und Abgrenzung in der Kombination von Leistungen der Jugend- und Sozialhilfe“ (Frühauf 2002, S. 441). Kritik wird aktuell besonders von der Selbsthilfe dahingehend geäußert, dass die Kinder- und Jugendhilfe für *alle* Kinder und Jugendlichen mitgedacht werden soll und nicht – wie bislang gängige Praxis – nur für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche.

14 Suchtkrankenhilfe als ein Praxisfeld zwischen den Systemen

Bereits aus der Darstellung der Systeme der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und -förderung und der Eingliederungshilfe und Rehabilitation wird deutlich, dass keine klar abgrenzbaren Zuständigkeiten, Finanzierungsbedingungen und Strukturen vorliegen, sondern Anbieter und Nutzer Teil eines hoch komplexen und schwer kommunizierenden Leistungsportfolios sind, das nicht immer in der gebotenen Effektivität und Effizienz für die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen bereitsteht. Darüber hinaus zeigen sich solche Probleme besonders deutlich gerade an den Schnitt- bzw. präziser formuliert, wohl eher Bruchstellen der Systemgrenzen. Eine Reihe von Praxisfeldern agiert gleichsam zwischen den Systemen. Weil sie nicht eindeutig zuzuordnen sind, entwickeln sie eigene hybride Strukturen. Ein Beispiel hierfür ist die Suchtkrankenhilfe.

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist ein Subsystem der Sozial- und Gesundheitsversorgung mit den Aufgaben der Beratung, Betreuung, Behandlung, medizinischen Rehabilitation und Integration von Suchterkrankten und von Suchterkrankung bedrohten Menschen (Rosenhagen 2005). Damit verbunden sind die Ziele, die Nachfrage zu senken, Risiken zu mindern und Schaden für diesen Personenkreis (Deutsche Hauptstelle für Sucht Kranke 2000) zu minimieren, sowie das Ziel, deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und im Erwerbsleben zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen (Leune 2008). Diesen Herausforderungen begegnet die Suchtkrankenhilfe mit einer Vielzahl differenzierter und spezialisierter Angebote und Einrichtungen, die in einem Verbundsystem verschiedener Dienstleistungen der psychosozialen und medizinischen Versorgung angesiedelt sind (Rosenhagen 2005). Dem Kernfeld der Facheinrichtungen und -dienste für (erwachsene) Sucht Kranke liegt in den Grundzügen folgendes Angebotssystem zugrunde:

Tabelle 14.1

Bereiche der Suchtkrankenhilfe für Erwachsene und deren Angebote

Ambulante Hilfe	Krankenhausversorgung	Medizinische Rehabilitation	Teilhabe an Arbeit u. Beschäftigung	Wohnhilfe
Niedergelassene Ärzte Ambulanzen (z. B. Psychiatrische Institutsambulanzen) Ambulante Beratungs- u. Behandlungsstellen Sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter Niedrigschwellige ambulante Angebote (z. B. Tagestreffpunkte, Streetwork) Kontaktstellen Drogentherapeutische Ambulanzen Drogenkonsumräume Adaptionseinrichtungen Selbsthilfeinitiativen/-verbände	Psychiatrische Krankenhäuser Psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Somatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Fachkliniken für Suchtkranke Maßregelvollzeugs-einrichtungen	Ambulante Rehabilitation Teilstationäre Rehabilitation Stationäre Rehabilitation	Trainingsmaßnahmen für psychisch Kranke Berufsbildungswerke Berufsförderungswerke Integrationsfachdienste Werkstätten für Behinderte Integrationsprojekte Spezielle Qualifizierungs- und Arbeitsförderungsmaßnahmen	Ambulant betreutes Wohnen Soziotherapeutische Einrichtungen/Wohnheime

Quelle: Landschaftsverband Rheinland, LVR 2006 (modifiziert)

Für die Finanzierung von Angeboten der Suchtkrankenhilfe sind unterschiedliche Leistungsträger verantwortlich. Krankenhausversorgung und medizinische Rehabilitation werden durch GKV/PKV und Rentenversicherungsträger gewährleistet. Für ambulante Hilfen, Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sowie Wohnhilfen besteht keine einheitliche Kostenregelung; sie werden in der Praxis vielfach aufgrund freiwilliger Leistungen über Zahlungen der Gebietskörperschaften (z. B. Kommunen), Eigenmittel der Träger sowie Spenden und Zuwendungen von Institutionen (z. B. Krankenkassen) finanziert (Rosenhagen 2005).

Insbesondere die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe stehen grundsätzlich auch suchtkranken und von Suchterkrankung bedrohten Minderjährigen/jungen Erwachsenen zur Verfügung (Seegers 2002). Ein analog dem Erwachsenenbereich differenziertes und spezialisiertes Angebot der Suchtkrankenhilfe gibt es nur in Teilbereichen und nicht flächendeckend für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Auch integrierte Versorgungskonzepte, wie sie die Suchtkrankenhilfe für Erwachsene kennzeichnen, finden sich für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nur vereinzelt.

Suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige weisen aufgrund der Vielschichtigkeit ihrer Problematik einen komplexen Hilfebedarf auf, der sich im Zuständigkeitsbereich der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe (und ihrer Kooperationspartner nach § 81 SGB VIII) bewegt (Landschaftsverband Rheinland 2006). Hilfen für suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige/junge Erwachsene werden entsprechend realisiert über Angebote der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Kap. 17.5.2), der Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere beim Wohnen bzw. der Teilhabeförderung am Arbeitsleben auch der Behindertenhilfe. In fast allen Fällen, in denen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von einer (drohenden) Suchterkrankung betroffen sind, spielt aber die Kinder- und Jugendhilfe eine wichtige Rolle. So kommen Einrichtungen/Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe oftmals mit suchtgefährdeten Heranwachsenden zu einem relativ frühen Zeitpunkt in Kontakt, zu dem mögliche „Suchtkarrieren“ noch vermieden bzw. bereits angenommen werden können (Kruggel 2002). So ergeben sich für die Hilfesysteme überlappende Aufgabenbereiche (vgl. Tab. 14.2).

Tabelle 14.2

Gemeinsame Aufgaben der Hilfesysteme in Bezug auf suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige

Suchtkrankenhilfe	Kinder- und Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Entwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten für Minderjährige (Soforthilfe, spezielle Beratungsangebote etc.)	Prävention, Früherkennung und Frühintervention (in Kooperation mit dem Bildungswesen) Indizierte Nachsorge im Rahmen von Jugendhilfeeinrichtungen Spezialeinrichtungen zur Nachsorge auf Grundlage von § 35a SGB VIII	Früherkennung und Frühintervention im Rahmen der Regelversorgung Indizierte Behandlung von Suchterkrankungen und Verhaltensstörungen im Rahmen der Regelversorgung Spezialeinrichtungen zur qualifizierten Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung

Quelle: van Brederode 2006, S. 12 (modifiziert)

Die Angebote der Behindertenhilfe (Wohnheime, tagesstrukturierende Maßnahmen, Berufsbildungswerke und Werkstätten für behinderte Menschen, aber auch Beratungsstellen und Förderangebote) zielen per se zunächst nicht auf diesen Personenkreis, werden aber – wohl in Ermangelung von Alternativen – durchaus mit entsprechenden Anfragen betraut.

In den meisten Fällen ist im Anschluss an eine Entgiftung/stationäre psychiatrische Versorgung eine psychosoziale Folgehilfe durch ambulante/stationäre Jugendhilfemaßnahmen indiziert. Um wirkungsvolle Hilfen leisten zu können, ist es erforderlich, dass die relevanten Hilfesysteme so frühzeitig wie möglich in Kontakt treten, um ein gemeinsames Hilfskonzept zu entwickeln. In der Frühzeitigkeit der Hilfen liegen die Chancen der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich. Aber nur wenn ihre Leistungen in ein abgestimmtes und gemeinsam getragenes Hilfesetting eingebunden sind, kann Heranwachsenden bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik effektiv geholfen werden (Engelen 2006, Landschaftsverband Rheinland, LVR 2006).

Die betroffenen Hilfesysteme sind jedoch „traditionell“ nur unzureichend vernetzt. Für die Gewährung und Gestaltung wirkungsvoller Hilfen für suchtkranke und -gefährdete Minderjährige/junge Erwachsene sind Vernetzungsleistungen mit dem Ziel des Austausches von Informationen und Erkenntnissen sowie die einzelfallbezogenen Kooperation der Hilfesysteme aber unabdingbar.

Ein vermehrter Wissenstransfer zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint daher unumgänglich, da nur das Zusammenspiel die erfolgreiche Behandlung suchtkranker und von Suchterkrankung bedrohter Minderjähriger/junger Erwachsener ermöglichen kann:

- Die Suchtkrankenhilfe ist für die besonderen Ansprüche im Umgang mit suchtkranken und -gefährdeten Minderjährigen oft nur ungenügend ausgestattet, da ihre Zielgruppe suchtkranke Erwachsene sind und sie ihre Angebote auf diese Zielgruppe ausrichtet.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt in der Regel nur über dürftige suchtmmedizinische Kompetenz, da sie die im Bereich der Suchtkrankenhilfe entwickelten Behandlungsparadigmen und -strategien nicht mitträgt.
- Ähnlich wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch die Kinder- und Jugendhilfe nur unzureichend auf suchtspezifische Fragestellungen Minderjähriger und junger Erwachsener vorbereitet (van Brederode 2006).

Die Nahtstellensituation, in der sich die Heranwachsenden befinden, führt oft dazu, dass Hilfesuchende durch die Maschen der Hilfesysteme fallen (Schäfer 2002) und in Karrieren geraten, die ihren weiteren Lebenslauf, ihre Gesundheit und ihre gesellschaftlichen Teilhabechancen nachhaltig negativ beeinflussen.

Teil D Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention

15 Zum Stand der Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Im Mittelpunkt des folgenden Kapitels stehen entsprechend des Berichtsauftrages die Leistungen in Bereichen gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den zentralen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe. Die leitenden Begriffe sind dabei gesundheitsbezogene Prävention in ihren verschiedenen Varianten sowie Gesundheitsförderung (vgl. dazu ausführlich Kap. 3). So weit wie möglich werden dabei jene Angebote und Konzepte, die sich auf die im Kapitel B beschriebenen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen beziehen, besonders herausgestellt.

Demgegenüber kann im Sinne des Berichtsauftrags auf andere wichtige Aspekte der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter nur am Rande eingegangen werden. Diese können nur unter der Perspektive der Schnittstellen bzw. der Vernetzung und Kooperation berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Familie, die Schule, die berufliche Ausbildung, die Angebote des Gesundheitswesens und der Behindertenhilfe und Rehabilitation.

Um wichtige gesundheitsbezogene Themen, für die sich noch keine klaren Zuständigkeiten innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe herausgebildet haben, und die in der hier gewählten Darstellung nach *Handlungsfeldern* keinen Raum finden, nicht auszusparen, werden sie in einem eigenen Abschnitt dargestellt. Aus der Sicht der Kommission trifft dies vor allem für das Thema Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern sowie für Fälle traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu. Aus diesem Grund soll diesem Thema nach dem Durchgang durch die Handlungsfelder ein eigener Abschnitt gewidmet werden (vgl. Kap. 19). Nicht näher betrachtet werden die verschiedenen Angebote sozialer Arbeit im Gesundheitswesen.¹¹⁴

Obwohl – wie in Kapitel A kurz dargestellt – gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zum Kern der sozialarbeiterischen Tradition gehören und in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe immer wieder Berücksichtigung fanden, gibt es bis heute weder eine breite und differenzierte Fachdiskussion noch entsprechende Überblicksdarstellungen. Die vorliegende Literatur konzentriert sich auf ausgewählte Bereiche mit deutlichem Schwerpunkt auf die Kindertagesbetreuung; zu einer ganzen Reihe von Handlungsfeldern fehlt sie gänzlich. Sie ist zudem weitgehend exemplarisch, d. h. es werden einzelne mehr oder weniger vorbildhafte Projekte oder Ansätze

vorgestellt. Verlässliche Daten hinsichtlich der Verbreitung einzelner Konzepte fehlen von wenigen Ausnahmen abgesehen weitgehend.¹¹⁵

Die Sachverständigenkommission hat sich bemüht, mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln (Expertisen, Hearings, Fachgesprächen, eigenen Recherchen u. a.) unter den gegebenen Bedingungen das Feld soweit wie möglich auszuleuchten und die vorliegenden Überblicksdarstellungen (vgl. z. B. Bals/Hanses/Melzer 2008; Deneke 2005; Hoehne 2005; Sting 2002 Sting/Zurhorst 2000) zu erweitern. Die in diesem Rahmen in den folgenden Abschnitten erwähnten Praxisbeispiele dienen der Illustration der jeweiligen Aussagen. Ihre Nennung beinhaltet keinen Vollständigkeitsanspruch oder besonderen Qualitätsanspruch. Qualitätsmerkmale, wie sie etwa aus Leitlinien für präventive und gesundheitsfördernde Ansätze abgeleitet werden könnten, sind derzeit in Deutschland so gut wie nicht verbreitet und besitzen kaum Verbindlichkeit.¹¹⁶

16 Frühe Kindheit, Vorschul-, Kindergarten- und Grundschulalter

16.1 Familien- und Elternbildung

Als Eltern- und Familienbildung wird heute ein breites Spektrum von Angeboten bezeichnet, von dem die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nach § 16 SGB VIII nur einen Teilbereich darstellen. Klassische Träger sind die Familienbildungsstätten. Eltern- und Familienbildung findet aber beispielsweise auch in Volkshochschulen und anderen Erwachsenenbildungsstätten, in Erziehungs-, Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen, in Mütter- und Familienzentren, Mehrgenerationenhäusern, in Schulen und Gesundheitsämtern, Selbsthilfegruppen und an anderen Orten statt. Neben diesen traditionellen Angeboten, den bekannten Materialien (z. B. Elternbriefe, Zeitschriften) und Ratgebern treten zunehmend elektronische und digitale Medien in Form von Online-Beratungsangeboten oder Elternkursen in Form von CD-ROM bzw. DVD. Letztendlich muss man wohl auch – trotz aller Kritik aus der Fachpraxis – mediale Formate und Fernsehserien wie „Super Nanny“ als eine Form der Eltern- und Familienbildung betrachten (Wahl 2006). Hinzu kommen eine Reihe neuerer niedrigschwelliger Angebotsformen (vgl. als Überblicke Tschöpe-Scheffler 2005; 2008a/b).

Diese wachsende Vielfalt der Angebote ist auch Ausdruck eines sich im Wandel befindlichen Handlungsfeldes und eines wachsenden Interesses an Eltern- und Familienbil-

¹¹⁴ Siehe hierzu ausführlich die von Homfeldt und Mühlum beim Reinhardt-Verlag in München herausgegebene und mittlerweile 10 Bände umfassende Buchreihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“; vgl. auch Ortmann/Waller (2005).

¹¹⁵ In der Familienbildung gibt es spärliche Ansätze der Evaluation, z. B. „Wir werden Eltern“ oder „Auf den Anfang kommt es an“, bei den Frühen Hilfen gibt es US-amerikanische Vorlagen bzw. erste Daten, z. B. bei Pro Kind.

¹¹⁶ Als Leitlinien für die Umsetzung eines Programms werden ressourcenorientiertes und theoriegeleitetes Vorgehen sowie Evaluation angeführt (Cicchetti/Hinshaw, 2002; Luthar/Cicchetti, 2000). Erste Ansätze für eine auch evidenzbasierte Implementierung von Programmen finden sich in den zur Zeit laufenden Projekten zu Frühen Hilfen im Aktionsprogramm des BMFSFJ und in einzelnen Programmen der Familienbildung (Reichle 1999).

dung.¹¹⁷ Dieser Wandel tangiert auch den engeren Bereich der Eltern- und Familienbildung nach § 16 SGB VIII.

Gut sichtbar wird dieser Wandel, wenn man auf eine Expertise zum Stand der Familienbildung in Deutschland zurückgreift, die *Pettinger* und *Rollik* für das BMFSFJ im Jahr 2005 vorlegten. Damals wurden von den beiden Autoren die folgenden drei zukünftigen Schwerpunkte der konzeptionellen und inhaltlichen Weiterentwicklung dieses Feldes hervorgehoben:

- „Verstärkung und didaktische Entwicklung von neuen thematischen Schwerpunkten, wie sie sich aus der gesellschaftlichen Entwicklung ergeben. Dies betrifft etwa die Früherziehung, die Gesundheitserziehung und das Medienverhalten;
- Ausrichtung und Einbeziehung von Angeboten für sozial benachteiligte und bisher bildungsferne Familien-/Bevölkerungsgruppen;
- Stärkere Kooperation und Abstimmung (Vernetzung) von Familienbildung mit anderen Sozialisations- und Erziehungsinstanzen“ (*Pettinger/Rollik* 2005, S. 175).

Bestärkt fühlen konnten sich die beiden Autoren durch empirische Studien, die wiederholt deutlich machten, dass die traditionelle Eltern- und Familienbildung nur einen Teil ihrer Adressatinnen und Adressaten erreicht. So wurde z. B. in einer großen Untersuchung der Universität Erlangen zu Angeboten der Eltern- und Familienbildung aus dem Jahr 2004 festgehalten¹¹⁸: „Soweit die Einrichtungen hierzu Daten zur Verfügung haben, entstammen die Teilnehmer hauptsächlich mittleren und höheren sozialen Schichten. Der Anteil von Teilnehmern aus der Unterschicht liegt bei durchschnittlich 15 Prozent. Bei der Gewinnung der Teilnehmer wird nur bei einem Drittel der Maßnahmen auch auf aktive Rekrutierungsstrategien zurückgegriffen. Wie sich am Beispiel von Maßnahmen für sozial schwache Familien zeigt, wird durch eine solche ‚Geh-Struktur‘ auch die Zielgruppe besser erfasst“ (*Lösel u. a.* 2006, S. 9). Und: „Insgesamt berücksichtigt ein Viertel des Gesamtangebotes explizit Familien mit besonderen Belastungen. Dabei überwiegen strukturelle Belastungsfaktoren wie Alleinerziehung, Scheidung/Trennung oder finanzielle Deprivation. Bei den etwas seltener angesprochenen kindbezogenen Belastungen handelt es sich vor allem um Schul- und Leistungsprobleme und Schwierigkeiten im Sozialverhalten. Elternbezogene Belastungsfaktoren (z. B. Gewalt in der Familie) sind selten explizite

Kriterien für die Auswahl von Adressaten. Ein höherer Anteil gezielter Maßnahmen findet sich bei den offenen Gruppenangeboten und freizeitpädagogischen Maßnahmen (vor allem für sozial schwache Familien) sowie insgesamt in den Beratungsstellen. In klassischen Familienbildungsstätten und bei ‚Standardangeboten‘ wie Eltern-Kind-Gruppen sind gezielte Maßnahmen die Ausnahme“ (ebd.).

Betrachtet man das Handlungsfeld der Eltern und Familienbildung heute, lassen sich eine Reihe wichtiger Entwicklungen konstatieren:

- Es gibt eine ganze Reihe neuer Konzepte und Akteure, die zunehmend Verbreitung finden. Als ein Beispiel für einen vergleichsweise jungen Ansatz soll hier das Konzept von *Elterntalk* genannt werden, das von der Aktion Jugendschutz angeboten wird (zu den Erfahrungen mit *Elterntalk* vgl. Höfer/Straus 2004).

Konzept Elterntalk

Elterntalk, entwickelt von der *Aktion Jugendschutz Bayern*, initiiert Gesprächsrunden für Eltern im privaten Rahmen. *Elterntalks* befassen sich vor allem mit Themen aus den Bereichen Medienpädagogik, Konsumerziehung und Suchtprävention, aber auch mit anderen Aspekten der gesundheitlichen Förderung. Gemeinsame Gespräche, offener Erfahrungsaustausch und Diskussionen ermutigen Eltern, in der eigenen Familie Wege in der Mediennutzung, Konsumhaltung und Suchtprävention zu suchen und zu gehen. *Elterntalk* fördert die Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern und unterstützt sie bei ihrer Alltags- und Konfliktbewältigung. Durch die Ansiedlung der Gesprächsrunden im privaten Wohnfeld werden auch Zielgruppen erreicht, die sich bei institutionell gebundenen Formen der Elternbildung eher zurückhalten. Gestärkt werden die Elternnetzwerke vor Ort.

Angestoßen werden die Gespräche durch eine Gastgeberin oder einen Gastgeber, die Eltern zu sich nach Hause einladen. Eine Moderatorin/ein Moderator, selbst Mutter oder Vater, führt mit einem Einstiegsmedium in das Thema ein und moderiert die nachfolgende Diskussion. Eine entscheidende Aufgabe der Moderatorin/des Moderators ist es, eine offene Gesprächsatmosphäre zu ermöglichen und mit einem motivierenden Gesprächseinstieg zu starten. Die Mütter und Väter werden von den Regionalbeauftragten auf ihre Aufgabe als Moderatorin oder Moderator vorbereitet. Diese Moderatorinnen und Moderatoren suchen in privaten Kontexten interessierte Gastgeberinnen und Gastgeber für die moderierten Gesprächsrunden, die sogenannten *Elterntalks*. Nach dem Schneeballprinzip werden Gäste zu neuen Gastgebern, indem sie Eltern aus dem Bekannten- und Freundeskreis zu einem weiteren *Elterntalk* einladen.

Zu den jüngeren Akteuren im Feld gehören die Familienzentren, Eltern-Kind-Zentren, die Mehrgeneratio-

¹¹⁷ Zu den gesellschaftlichen und politischen Hintergründen siehe: Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005; Diller/Heitkötter/Rauschenbach 2008.

¹¹⁸ Grundlage der bundesweit angelegten Studie war eine schriftliche Befragung von Einrichtungen, die 2004 Veranstaltungen zur Eltern- und Familienbildung anboten: „Neben Familienbildungsstätten wurden auch Beratungseinrichtungen, selbsthilfeeorientierte Vereine sowie Einrichtungen der allgemeinen Erwachsenenbildung, Seelsorge und Wohlfahrtspflege einbezogen. Aus insgesamt 6 183 Einrichtungen wurde eine repräsentative Stichprobe von 2 083 Einrichtungen gezogen. Davon sandten 883 Einrichtungen die ausgefüllten Fragebögen zurück (Rücklaufquote: 42,4 Prozent). In ihnen wurden 1 451 eigenständige Einzelmaßnahmen detailliert beschrieben“ (*Lösel u. a.* 2006, S. 7).

nenhäuser und eine kaum mehr überschaubare Vielfalt von Formen der Familienselbsthilfe. Ergänzend zu den traditionellen Angeboten, die darauf setzten, dass interessierte Eltern zu den Angeboten kommen, wurden niedrigschwellige, zugehende bzw. Familien und Eltern aufsuchende Zugänge entwickelt bzw. zum Teil aus dem Ausland importiert und an die deutschen Bedingungen angepasst. Hier lässt sich eine Veränderung in den traditionell eher mittelschichtorientierten und als Kommstruktur organisierten Angeboten der Familienbildung hin zu auch niedrigschwelligen und aufsuchenden Angeboten für psychosozial belasteten Familien beobachten. Diese Programme stoßen auf eine breite Resonanz und werden immer häufiger vor Ort umgesetzt. Typische Beispiele hierfür sind die Programme *Hippy* und *Opstapje*.

Konzept HIPPY

HIPPY steht für *Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters* und bedeutet frei übersetzt: Hausbesuchsprogramm für Eltern mit Vorschulkindern. *HIPPY* wurde 1969 an dem *NCJW Research Institute for Innovation in Education* an der Hebrew University in Jerusalem entwickelt. Nach einer erfolgreichen Erprobungsphase wurde es in den 1970er-Jahren in Israel zu einem landesweiten Programm ausgebaut. In den 1980er-Jahren wurde es als lizenziertes Programm in anderen Ländern eingeführt. Mittlerweile gibt es *HIPPY* in Australien, El Salvador, Deutschland, Frankreich, Kanada, Israel, Italien, Neuseeland, Österreich, Schweiz, Südafrika und USA. In modifizierter Form wird mit diesem Programm auch in den Niederlanden und in der Türkei gearbeitet. Das *HIPPY*-Programm unterstützt bildungsbenachteiligte Eltern dabei, ihre drei- bis sechsjährigen Kinder zu Hause in der Entwicklung zu fördern. *HIPPY* konzentriert sich darauf, den Eltern Wissen über Entwicklung, Sprache und Lernen im Vorschulalter zu vermitteln. In Deutschland wurde *HIPPY* erstmals im Jahre 1991 an den Modellstandorten Bremen und Nürnberg durchgeführt. Die 3-jährige Modellphase wurde vom *Deutschen Jugendinstitut* evaluiert. *HIPPY* Deutschland e. V. ist der Dachverband aller *HIPPY* Standorte in Deutschland. *HIPPY* Deutschland ist eingebunden in ein internationales Netzwerk unter dem Dach von *HIPPY International*.

Modellprojekt Opstapje

Das Modellprojekt „*Opstapje – Schritt für Schritt*“ ist vor allem ein auf sozial benachteiligte Familien angepasstes Programm zur Unterstützung ihrer Erziehungsleistung und zur frühen Förderung ihrer Kinder. Um Niedrigschwelligkeit zu erreichen, ist das Projekt als Hausbesuchsprogramm angelegt und dauert für die Familien zwei mal 30 Wochen. So sollen auch diejenigen Familien erreicht werden, die durch belastete Lebenssituationen die gängigen Formen von Erzie-

hungsberatung und Familienbildung nicht aufsuchen. Erreicht werden sollen die Nutzung und Erweiterung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen der Familien, wobei der Fokus auf eine Verbesserung der Mutter- bzw. Vater-Kind-Interaktion gerichtet wird, die im Alltag der Familien erfahrbar werden soll. Eltern bzw. die Mütter sind dabei die wichtigsten Ansprechpartner für die Entwicklung ihrer Kinder. Ziel ist es, durch praktische Anleitung die erzieherischen Kompetenzen der Mütter (Väter) zu steigern. Auf diese Weise sollen die Spiel- und Lernerfahrungen der Kinder erweitert und ihre kognitive, motorische, sozio-emotionale und sprachliche Entwicklung gefördert werden. Die Erziehungskompetenz der Mütter soll unterstützt und für die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse sensibilisiert werden. Es werden regelmäßige Gruppentreffen organisiert, auf denen Eltern auch Informationen über Entwicklung und Erziehung erhalten. Gleichzeitig bieten diese Treffen Gelegenheit, neue Kontakte zu knüpfen und sich mit anderen auszutauschen. Für das Projekt wurden Hausbesucherinnen als zentrale Vermittlerinnen angeleitet. Diese sind selbst Mütter mit hoher sozialer Kompetenz und eigener Erfahrung im Umgang mit kleinen Kindern, und sie werden aus dem sozio-kulturellen Umfeld der Zielgruppe ausgewählt. Die Hausbesucherin stellt ein Modell für die Familien dar, vor allem was Erziehung und Lebensführung anbelangt. Eine sozialpädagogische Fachkraft, die Koordinatorin, weist sie dabei in das Programm ein, die wiederum für ihren Aufgabenbereich im Projekt geschult wird. Wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird das Projekt am *Deutschen Jugendinstitut*.¹¹⁹

- Wie kaum ein anderes Handlungsfeld in der Kinder- und Jugendhilfe ist die Eltern- und Familienbildung durch ein breites Spektrum von Kursen und Trainings geprägt (vgl. Tschöpe-Scheffler 2005). Besondere Bedeutung gewinnen dabei zunehmend standardisierte und manualisierte Trainings. An Attraktivität gewinnen diese Angebote, weil zum einen für alle Beteiligten vergleichsweise absehbar ist, was in einem überschaubaren Zeitraum erwartet werden kann. Zum anderen lassen sich gut ausgearbeitete, standardisierte Programme mit vergleichsweise klaren und beschränkten Zielsetzungen besser evaluieren. Weithin bekannte Beispiele hierfür sind die Programme *SAFE* oder *Triple P*.

Konzept SAFE

Das Programm *SAFE* (*Sichere Ausbildung Für Eltern*) ist ein präventives Elternangebot, das von *Brisch* an der Universität in München entwickelt wurde (Brisch 2007; BMFSFJ 2006). Es vermittelt neben

¹¹⁹ Hinweise zum Projekt über: DJI-Projekt *Opstapje*, www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=321

wichtigen Erziehungskompetenzen, die zum Aufbau einer sicheren Bindung notwendig sind, auch Partnerschaftskompetenzen. *SAFE* besteht aus vier Modulen: Kurstage in der Gruppe vor und nach der Geburt, ein Feinfühligkeitstraining, eine Beratungsstelle bzw. Hotline sowie eine Traumatherapie. Mit der Kombination dieser Angebote sollen sowohl gruppentherapeutische Effekte erzielt werden als auch individualtherapeutische Möglichkeiten genutzt werden (vgl. ausführlich <http://www.safe-programm.de/>).

Konzept Triple P

Triple P (Positive Parenting Program, Positives Erziehungsprogramm) ist ein weitgehend präventiv, sowohl universell als auch selektiv angelegtes Programm zur Unterstützung von Familien und Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder. Es besteht aus gestuften Interventionen auf fünf Ebenen, die von Information und Kurzberatungen über Gruppentrainings für Eltern bis zu intensiver Familientherapie reichen. Ziel des Programms ist es, Eltern Anregungen zu geben, eine gute Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und es bei seiner Entwicklung zu unterstützen. Das Programm beansprucht, vor allem den aktuellen Stand der klinisch-psychologischen Forschung zu berücksichtigen. Entwickelt wurde das Programm an der Universität von Queensland, Australien. In enger Zusammenarbeit mit Familien sind am dortigen Parenting-and-Family-Support-Centre unter der Leitung von Sanders sehr praxisnahe Erziehungshilfen entstanden, die den Umgang mit häufigen kindlichen Verhaltensproblemen wie Wutanfällen, Aggressionen, Ungehorsam, Problemen beim Schlafen oder Essen erleichtern. Die Erfahrungen zeigten, dass Eltern, die ein gutes Verhältnis zu ihren Kindern haben, konsistentes Erziehungsverhalten zeigen und klare Grenzen setzen, erheblich seltener Probleme mit ihren Kindern haben als Eltern mit eher ungünstigem Erziehungsverhalten. In Deutschland wurde und wird das Programm an der Universität Braunschweig durch *Hahlweg* wissenschaftlich begleitet.¹²⁰

Allerdings muss auch angemerkt werden, dass einige dieser Programme aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung und ihrer hohen Standardisierung und Mittelschichtorientierung stark umstritten sind. Andererseits tragen sie dazu bei, dass die Notwendigkeit einer empirisch abgesicherten Arbeit zunehmend akzeptiert wird und die Vorstellung ablöst, dass „gut gemeint“ auch immer „gut gemacht“ sei.

- Eine weitere wichtige Entwicklung in der Eltern- und Familienbildung ist die Ausbildung neuer Kooperationsformen und Netzwerke, z. B. zwischen Kindertagesbetreuung und Elternbildung (vgl. hierzu Kap. 16.2.2.2,

z. B. zu den Konzepten *Early Excellence Centre* und *KitZ*), aber auch mit den Volkshochschulen, dem Gesundheitssystem, kommerziellen Anbietern der Familienbildung und der vorschulischen Bildung von Kindern (z. B. Musikschulen). Dabei entstehen u. a. auch neue Mischformen zwischen Kursangeboten und offenen sozialraumbezogenen Aktivitäten. Am bekanntesten dürfte mittlerweile das in Nordrhein-Westfalen am Institut für präventive Pädagogik entwickelte, in einer Reihe von Orten eingerichtete und von unterschiedlichen Trägern angebotene Programm *Familie und Nachbarschaft (FuN)* sein. Dieses Programm zielt auf die Förderung elterlicher Erziehungskompetenz durch „die Stärkung des inneren Zusammenhalts der Familie und die Stärkung der Familie in ihrem sozialen Umfeld“¹²¹ und den Aufbau von Kooperationsbezügen zu den gerade genannten Partnern. „Erfahrungen mit kooperativen Familienprogrammen (wie z. B. *FuN*) zeigen, dass sich elterliche Erziehungskompetenzen verbessern, wenn gleichzeitig eine selbsthilfeorientierte Vernetzung im Sozialraum geschieht (...). Durch den »Transport« solcher präventiver Angebote in die Sozialräume hinein werden verstärkt auch solche Familien erreicht, die eher als Adressaten intervenierender Sozialarbeit gelten“ (Tschöpe-Scheffler 2008 b, S. 75).

Bedeutsam unter dem Aspekt der Kooperation, aber auch unter dem Aspekt von neuen Konzepten sind Ansätze, wie sie z. B. dem *Rucksack*-Konzept zugrunde liegen, also der Kooperation zwischen den *Regionalen Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien* (RAA) und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und den Familien.¹²²

Die Etablierung eines *Deutschen Eltern- und Familienbildungstages* im Jahr 2007 ist nur ein weiterer Beleg für die Dynamik des Feldes und für die neue Aufmerksamkeit, die das Thema Familienbildung bzw. Familienförderung derzeit genießt.

Unter der Perspektive dieses Berichtes sind, soweit zu sehen, Fragen der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung bei allen Zugängen und Konzepten integrale Bestandteile der Programme. Studien zeigen, dass das Thema Gesundheitsbildung mindestens seit Mitte der 90er-Jahre an Familienbildungsstätten in hohem Maße präsent war und an Bedeutung zunahm (Schiersmann u. a. 1998, S. 52 ff.). Vor allem in Form der Vermittlung einschlägigen Wissens, sei es im Rahmen von Kursen oder von Beratungsprozessen, über die alterstypischen körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklungsprozesse, über alterstypische Krankheiten und ihre Bewältigung sowie in den Empfehlungen zu Hygiene, Körperpflege, Ernährung und entwicklungsförderlichem Erziehungshandeln wird die Gesundheitsthematik immer aufgegriffen. Zugleich zielen die Trainings und Kurse auf die Einübung entsprechender Handlungsmuster bzw. die Erweiterung von Handlungsoptionen und die Reflexion

¹²⁰ Vgl. http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienbildung/s_1048.html

¹²¹ Vgl. <http://www.praepaed.de/die-idee.html>

¹²² Vgl. http://www.raa.de/fileadmin/dateien/pdf/produkte/Info_Rucksack.pdf

des eigenen Handelns als Vater oder Mutter. Weil diese Angebote im Kern immer auch das Wohlbefinden des Kindes, zum Teil auch der Eltern (in Form von Entspannungskursen, Angeboten der Suchtprävention, Partnerschaftstrainings) im Blick haben, können sie auch als Beiträge zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen bzw. zu einem nicht unerheblichen Teil auch ihrer Eltern verstanden werden.¹²³ Schließlich wurden Netzwerke und Selbsthilfeinitiativen zu Orten der gleichsam gelebten Gesundheitsförderung (z. B. in Form von Still- und Krabbelgruppen) einerseits und Orten der gemeinsamen Bewältigung von gesundheitsbezogenen Belastungen von Kindern, Jugendlichen, Vätern und Müttern (vgl. Pettinger/Rollik 2005, S. 149ff.). Es bleibt andererseits zu konstatieren, dass auf diese Themen zwar praxisbezogen, aber in vielen Fällen eher konzeptlos eingegangen wird. Hier besteht Entwicklungsbedarf.

Neben dem allgemein gewachsenen Interesse am Thema Familie verdanken sich die hier in ihren wesentlichen Zügen dargestellten jüngeren Entwicklungen im Bereich der Eltern- und Familienbildung vor allem den in den letzten Jahren sowohl in der Politik als auch in der Fachpraxis und Öffentlichkeit in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückten ersten drei Lebensjahren. Mit einer bemerkenswerten Kraftanstrengung haben in den letzten Jahren Politik, Fachpraxis und Öffentlichkeit nachvollzogen, was Forschung und Wissenschaft schon länger wussten: Die ersten drei Jahre eines Kindes bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Frühe Gesundheitsförderung beginnt schon in der Schwangerschaft und setzt sich fort in der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktion, die sich bereits mit dem Neugeborenen herausbildet (vgl. Kap. 5). Hier werden die Grundlagen für wichtige Entwicklungsschritte ebenso wie für die Gesundheit von Kindern gelegt. Der Umgang mit Ernährung und Bewegung werden genauso wie der Umgang mit Anforderungen und Belastungen über beziehungsbezogene Erfahrungen vermittelt. Diese entwickeln und stabilisieren sich früh und sind später nur schwer zu ändern. Weil also gerade in dieser Altersphase, einschließlich der vorangehenden Schwangerschaft, elterliches Handeln aufs Engste mit Fragen der Gesundheit des Kindes und der Verhinderung gesundheitlicher Belastungen bzw. Gefährdungen verwoben ist, soll diesem Komplex im Folgenden ein eigener Abschnitt gewidmet werden.

Schwangerschaft und die ersten drei Jahre

Ein nicht unerheblicher Teil der Eltern- und Familienbildung war schon immer auf die ersten drei Lebensjahre

von Kindern fokussiert, wobei die Gesundheitsbildung und Entwicklungsförderung eine zunehmend wichtige Rolle spielten. So verzeichneten schon Pettinger und Rollik (2005) eine stärkere Hinwendung zu Themen wie fehlende Bewegung, ungesunde Ernährung, Anstieg von chronischen Erkrankungen sowie Zunahme von Entwicklungsauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen. In den letzten Jahren allerdings haben zwei sehr unterschiedliche Phänomene die Entwicklung in diesem Bereich beträchtlich vorangetrieben.

Einerseits führten die Ergebnisse der Entwicklungspsychologie und der Neurobiologie im Zusammenspiel mit den Diskussionen um frühe Bildung zur Verstärkung der Bemühungen um frühe Förderung aller Kinder, auch der aus benachteiligten Familien, und, wenn auch noch zu wenig, der Kinder mit Migrationshintergrund.

Andererseits zwangen die überregional bekannt gewordenen spektakulären Fälle schwerster Kindeswohlgefährdung mit Todesfolge geradezu dazu, unter dem Label „Frühe Hilfen“ den Ausbau entsprechender Präventionsmaßnahmen, eine Weiterentwicklung der institutionellen Angebote und die Entwicklung von Fachstandards forciert voranzutreiben. Damit wurden die Familien- und Elternbildung und ihre Bemühungen um die Förderung einer gesunden biopsychosozialen Entwicklung von Kindern möglichst schon in der Schwangerschaft erheblich intensiviert, wobei der Aspekt einer möglichen Kindeswohlgefährdung zumindest zu Beginn sehr stark in den Vordergrund rückte.

Die damit verbundene Dynamik zeigt sich nicht zuletzt an einer mittlerweile nicht mehr überschaubaren Menge an Fachtagungen, Publikationen, Gutachten und Expertisen, Kursen, lokalen Vereinbarungen, gesetzlichen Regelungen und Verordnungen sowie der Einrichtung überörtlicher, zum Teil weitgehend internetbasierter Informationsplattformen und Foren. Das wichtigste Angebot ist dabei das auf Bundesebene angesiedelte *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* (NZFH), das kooperativ vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) betrieben wird.¹²⁴

Im Kern zielen diese Bemühungen darauf ab, Familien früh und rechtzeitig zu erreichen und damit nicht-stigmatisierende und präventive Angebote vorzuhalten, um mögliche spätere Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung zu vermeiden oder zumindest abzuf puffern, ohne sich auf den allzu engen Aspekt der Kindeswohlgefährdung zu beschränken.

Allerdings blieb dieses Verständnis von Frühen Hilfen nicht unumstritten. So seien viele der präventiven Maßnahmen und Hilfsangebote hochgradig selektiv auf die Verhinderung von Kindeswohlgefährdung orientiert. In den Blick kommen solle aber, dass es eine Vielzahl familiärer Unterstützungs- und Hilfebedarfe gibt, bei denen es nicht um eine drohende Kindeswohlgefährdung geht. Zudem wird aus einer sowohl gesellschaftstheoretisch informierten

¹²³ Die Bedeutung dieser Thematik wird auch an Hand aktueller Forschungsprojekte sichtbar wie z. B. die in Kooperation mit der Universität Hamburg und dem DJI durchgeführte Studie „*Gesundheit beginnt in der Familie – Evaluation innovativer Praxisprojekte*“ (vgl. <http://www.intern.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=446>) oder dem am Institut für soziale Arbeit in Münster in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg angesiedelten Projekt „*Elternbeteiligung in der Gesundheitsförderung von Kindern*“ (vgl. <http://www.isa-muenster.de/Schwerpunkte/Fr%C3%BCheKindheitundFamilie/ProjektElternbeteiligungderGesundheitsf%C3%B6rderung/tabid/173/Default.aspx>).

¹²⁴ Vgl. <http://www.fruehehilfen.de/>

(vgl. dazu Kap. 2) als auch salutogenetischen Perspektive (vgl. Kap. 3.2.2) argumentiert, dass es ebenso um die umfassende Förderung von Verwirklichungschancen – gerade auch bildungsferner Familien – gehen müsse, die bei den Lebensbedingungen der Eltern ansetzt und vor allem die frühen Entwicklungsphasen beachtet. So verstandene frühe Hilfen bzw. genauer: Angebote früher Förderung zielen universell auf die Unterstützung und Förderung elterlicher Erziehungsarbeit ab und betrachten den Fall der Kindeswohlgefährdung als Sonderfall. Damit konvergieren sie mit den oben genannten Zielen der Familienbildung.

Es ist hier nicht der Ort, semantische Kontroversen auszutragen oder gar zu lösen – zumal diese Diskussionen nicht im luftleeren Raum stattfinden. Sie changieren zwischen guten, zum Teil kontroversen fachlichen Argumenten, politischen Setzungen, mittlerweile eingebürgerten Begrifflichkeiten und vielfältigen Eigeninteressen. Hinzu kommt, dass angesichts der Bedeutung des Themas ein Ende der Debatten so schnell nicht zu erwarten ist. In dieser Situation erscheint es aus der Sicht der Kommission hilfreich, sich zunächst der Sache selbst zuzuwenden. In Anlehnung an einen Vorschlag von Schone lassen sich dabei grob zwei Schwellen bestimmen, mit deren Hilfe man drei Konstellationen unterscheiden kann, die Schone mit den Begriffen *Förderung*, *Hilfe* und *Schutz* überschreibt (vgl. Schone 2008, S. 57ff.).

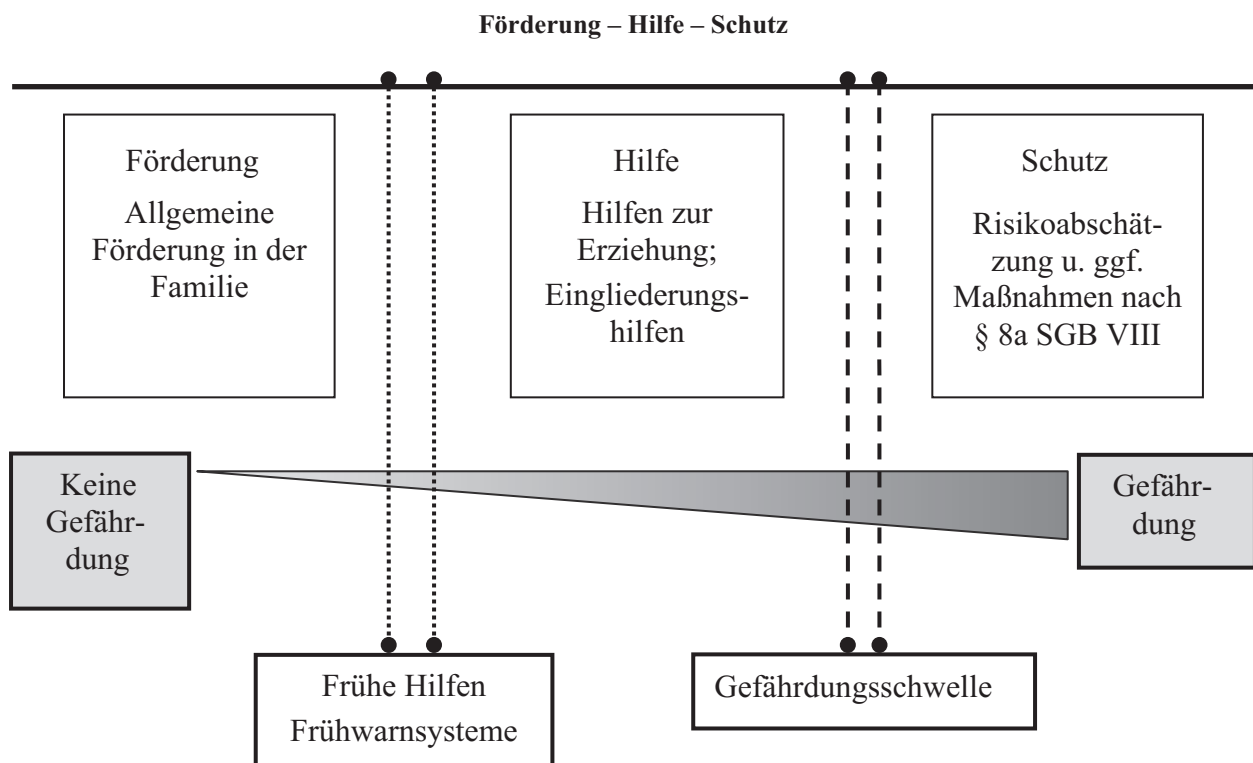
- Eltern- und Familienbildung *vor der ersten Schwelle*, von Schone als *Förderung* bezeichnet, zielt auf die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie. Bezo-

gen auf die Aspekte gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung geht es – wie oben bereits angedeutet – um die Vermittlung entsprechenden Wissens, die Einübung entsprechender Handlungs routinen, die Reflexion des darauf bezogenen elterlichen Erziehungshandelns und um den Aufbau unterstützender und entlastender Netzwerke (vgl. dazu auch Kap. 16.2.).

Die Angebote sind allgemein fördernd bzw. – in der Logik von Prävention formuliert – weitgehend universell präventiv angelegt. Dies gilt auch für die entsprechenden Kurse und Trainingsprogramme. Beispiele hierfür sind die zunehmende Zahl von Angeboten, die sich an Eltern mit sehr kleinen Kindern wenden. Programme wie z. B. „Das Baby verstehen“ (Gregor/Cierpka 2004), „Auf den Anfang kommt es an“ (Ziegenhain u. a. 2007) oder „Wir werden Familie“ (Reichle 1999) sind dafür überregional bekannte Beispiele. Charakteristisch für derartige Programme ist, dass Gesundheitsaspekte, sei es die Ernährung, die Körperpflege des Babys, sein Schlafverhalten, das Bindungsverhalten der Eltern oder der Aufbau von Vertrauen, integrale Bestandteile der Inhalte sind, weil sich diese nicht als solche herauslösen und gegenüber pädagogischen Aufgaben abgrenzen lassen.

Auch im diesem Bereich lässt sich gerade in den letzten Jahren eine zunehmende Verbreitung niedrigschwelliger Zugänge beobachten, um sozial benachteiligte und sogenannte bildungsferne Familien besser zu erreichen. Zu nennen sind vor allem die sogenann-

Abbildung 16.1



Quelle Jakob 2006; Schone 2008, S. 59

ten Hausbesuchsprogramme, die sich bemühen, milieu- und lebensweltnah Unterstützung der Eltern und Förderung der Kinder zu ermöglichen. Wichtige Aspekte dabei sind der Abbau von Stress aufseiten der Eltern, der Aufbau persönlichen Wohlbefindens sowie die Unterstützung der Entwicklung des Kindes. Viele dieser Programme setzen deutlich vor der Schule ein und verstehen sich selbst als Frühförderprogramme.

- Die *erste Schwelle* in dem Diagramm von Schone (2008; Abb. 16.1) markiert in einem Kontinuum den Übergang zu Konstellationen, in denen Eltern die Erziehung der Kinder – aus welchen Gründen auch immer – nicht mehr in angemessener Weise gewährleisten können, in denen also ein erzieherischer Bedarf entsteht. Die meisten dieser Fälle sind keine Konstellationen von Kindeswohlgefährdung; unter bestimmten Bedingungen könnte eine Problemverschärfung sie aber heraufbeschwören. Die Kinder- und Jugendhilfe reagiert üblicherweise auf diese Hilfebedarfe mit ihren Angeboten der Hilfen zur Erziehung (vgl. Kap. 17.2).

Weil sowohl die Forschung als auch die Erfahrung in der Praxis zeigen, dass Fälle von Kindeswohlgefährdung nicht selten aus mehrfach belasteten familiären Situationen heraus entstehen, ist es sinnvoll, an dieser Schwelle auch die Aufmerksamkeit für entsprechende Problemkonstellationen zu erhöhen.¹²⁵ In der aktuellen Diskussion hat sich dafür der – aus der Sicht der Kommission etwas irreführende – Begriff der Frühwarnsysteme etabliert. Denn es ist aus der Sicht der Kommission durchaus diskussionswürdig, ob die mit dem deutschen Begriff Frühwarnsystem unvermeidlich einhergehenden Assoziationen mit dem Katastrophenschutz nicht falsche Bilder provozieren. Die englische Formulierung „social warning system“ trifft die Sache aus der Sicht der Kommission besser, so dass man im Deutschen von „sozialen Warnsystemen“, z. B. in Fällen von drohender Kindeswohlgefährdung, sprechen könnte. Ein Ausweg eröffnet sich, wenn man – wie aktuell z. B. zunehmend in Bayern – von Frühwarn- und Fördersystemen spricht.

Die Bemühungen um frühe soziale Warnsysteme zielen in der jüngeren Zeit einerseits auf die Verbesserung der Diagnoseinstrumente (vgl. Kindler/Lillig 2006; Kindler/Lukaszczuk/Reich 2008; Ostler/Ziegenhain 2007) und eine entsprechende Qualifizierung der Fachkräfte (wie z. B. die *Zertifikatskurse zur Kinderschutzfachkraft nach § 8a* des Instituts für Soziale Arbeit (ISA) in Münster) sowie auf eine verbesserte Kooperation innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe, vor allem zwischen öffentlichen und freien Trägern wie auch zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem.

In der Phase von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr spielen dabei – gerade auch in Hinblick auf die Vermeidung einer Stigmatisierung bei gleichzeiti-

ger Ermöglichung früher Unterstützung – zunächst einmal die Angebote eine zentrale Rolle, die allen (werdenden) Eltern offen stehen, also Schwangerschaftsvorbereitungskurse, Schwangerschafts(konflikt-)beratungsstellen, Gynäkologinnen und Gynäkologen vor allem die Geburtskliniken und -ambulanzen, die Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Dazu kommen die speziell ausgebildeten Familienhebammen, die Kinderpsychiatrie sowie Pädiatrie und der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Frühförderung. Zu nennen sind auch die Familien-, Ehe- und Erziehungsberatungsstellen, bei denen es mittlerweile weitere Ausdifferenzierungen gibt. So haben sich Angebote wie „Schreibbabyambulanz“ oder „Entwicklungspsychologische Beratung“, die nicht selten interdisziplinär angelegt sind, auf Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern spezialisiert (Cierpka u. a. 2007; Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Bayern 2007; Keupp 2008, als genereller erblickt Sann 2007). Zum Teil gibt es hier auch Kooperationsbezüge zu den Frühförderstellen (vgl. Kap. 16.3.3).

Als Beispiel für niedrigschwellige Hausbesuchsprogramme für hoch belastete (werdende) Eltern mit psychosozialen Risikofaktoren und (zu klärendem) Hilfebedarf können Programme mit speziell geschulten *Familienhebammen*¹²⁶ oder auch das Projekt *STEEP™* gelten.

Hausbesuchsprogramm STEEP™

STEEP™ (Steps towards effective and enjoyable parenting) ist ein in den USA seit Jahren erfolgreich erprobtes Hausbesuchsprogramm. Es setzt darauf, hoch belastete (werdende) Eltern von Säuglingen und Kleinkindern von 0–3 Jahren, die einen Bedarf an Clearing oder an Hilfen zur Erziehung haben, auf das Zusammensein mit ihrem Kind vorzubereiten und mithilfe von Videoaufnahmen („Seeing is believing“) von Eltern-Kind-Interaktionen ein gelungenes, einfühlsames Verhalten zu erkennen und zu festigen. Seit 2004 wird STEEP™ in einem hochschulübergreifenden Verbund der HAW Hamburg zusammen mit der FH Potsdam in Praxiseinrichtungen eingeführt.

Bei allen beteiligten Akteuren besteht Einigkeit darin, dass Unterstützung und Hilfe für belastete Eltern und dabei auch Kinderschutz nur im abgestimmten Zusammenspiel erfolgreich sein kann. Weil es an dieser Stelle in der Vergangenheit immer wieder Probleme gab, werden in einer Reihe von Orten in Form von Modellprogrammen auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene neue Strategien der Kooperationen entwickelt und erprobt. Ein Beispiel dafür ist das im Folgenden dargestellte Projekt.

¹²⁵ Ein Weg dazu können sensibel eingesetzte offene bzw. (teil-)standardisierte Diagnoseverfahren zur Bestimmung des Hilfebedarfs sein.

¹²⁶ Vgl. <http://www.fruehehilfen.de/3479.0.html> sowie <http://www.fruehehilfen.de/3478.0.html>

Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“

„Guter Start ins Kinderleben“ ist ein Modellprojekt der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, zur frühen Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von Eltern in prekären Lebenslagen und insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter. Ziel des Modellprojektes ist es, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und allein erziehende Mütter früh und optimal zu unterstützen. Für eine optimale Unterstützung und Versorgung werden an verschiedenen Standorten niedrigschwellig und interdisziplinär angelegte Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen zur gezielten Unterstützung eines guten Starts von Säuglingen und Kleinkindern erprobt und entwickelt. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitssystems werden dabei systematisch miteinander koordiniert und auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Über eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Angebote der Hilfen für junge Eltern sowie der Vernetzungsstrukturen werden diese weiterentwickelt und verbindliche Verfahrensregelungen und Zuständigkeiten festgelegt. Die weiteren Schritte betreffen die Weiterbildung von Fachkräften im Bereich der entwicklungspsychologischen Beratung zur videogestützten Bindungsförderung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, sowie Unterstützung der Praxis durch die Entwicklung von Instrumenten, wie etwa eines Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch mit Eltern, um einen möglichen Hilfebedarf in der Zeit um die Geburt des Kindes wahrnehmen zu können. Ein „Workshop Kinderschutz“ mit Fachkräften aus dem Schnittstellenbereich Gesundheit- und Jugendhilfe ergänzen diesen Schritt. Als Ergebnis des Projekts wird ein „Werkbuch Vernetzung“ vorgelegt, das auch andere Kommunen in ihrer Vernetzungsarbeit unterstützen soll. Das Programm wird von den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

- Die zweite Schwelle (siehe Diagramm von Schone 2008; Abb. 16.1) schließlich markiert die Übergänge in die Gefährdungskonstellationen, also den Anwendungsbereich des § 8a SGB VIII. Während Förderung und Hilfe auf die freiwillige Mitwirkung der Eltern setzen, ändert sich an dieser Stelle die Lage zunächst aus der Sicht der Eltern gravierend: Aus der Freiwilligkeit wird die Verpflichtung, an der Abwendung der Kindeswohlgefährdung mitzuwirken; ggf. muss das Jugendamt auch gegen den Willen der Eltern die Kinder schützen. Dies hat Folgen für alle Tätigkeitsbereiche einschließlich der Kooperation: „Während die Grenzlinie zwischen der ersten und der zweiten Schwelle durch die Existenz und die Formulierung individueller Rechtsansprüche von Eltern bei einer defizitären Erziehung markiert ist, ist die Grenzlinie zwi-

schen der zweiten und dritten Schwelle dadurch gekennzeichnet, dass hier nicht in Anspruch genommene Rechtsansprüche von Eltern in Eingriffsverpflichtungen des Staates (des Jugendamtes) umschlagen“ (Schone 2008, S. 60).¹²⁷ Die entsprechenden Kooperationen zwischen den beteiligten sozialstaatlichen Akteuren geraten so unter das Vorzeichen ordnungsrechtlicher Pflichten des Staates.

In den letzten zwei Jahren hat es vielfältige Bemühungen der Jugendämter und der freien Träger sowie der Fachdiskussion gegeben, die entsprechenden Vorgaben des 2005 neu in das SGB VIII aufgenommenen § 8a zum „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ umzusetzen (z. B. in Form zusätzlicher Qualifizierung von Fachkräften für den Kinderschutz, des Abschlusses eigener Vereinbarungen zwischen den Jugendämtern und den freien Trägern sowie der Einführung neuer trägerinterner Regeln für den Kinderschutz).¹²⁸ Die Anstrengungen, durch weiter gehende gesetzliche Regelungen in Form von Kinderschutzgesetzen auf Bundes- und auf Landesebene die Voraussetzungen für die Praxis und die Kooperation der beteiligten und verantwortlichen Akteure zu klären (vor allem in Bezug auf das Problem des Datenschutzes) und soweit als möglich die Handlungsoptionen zu erweitern (z. B. indem vorgeschlagen wird, Hausbesuche und die Inaugenscheinnahme bei begründetem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zur Regel zu machen), belegen, dass die Entwicklung noch nicht an ihr Ende gekommen ist.

Es ist naheliegend, dass spätestens nach der zweiten Schwelle die gesundheitsbezogenen Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Gesundheitssystems vorrangig in Interventionen bestehen müssen, um (weitere) Misshandlung, physische, psychische und emotionale Vernachlässigung oder gar die Tötung von Kindern zu verhindern. Die Diskussion der letzten Jahre hat gezeigt, dass dabei Prävention, soziale Kontrolle und Intervention Hand in Hand gehen. Die lange Zeit eher an den Rand des fachlichen Selbstverständnisses gedrängten Kontrollfunktionen der Kinder- und Jugendhilfe erwiesen sich dabei angesichts drohender Kindeswohlgefährdungen einerseits als unabweisbar; andererseits zeigen eine ganze Fülle von Fachtagungen und Veröffentlichungen, wie sich die Kinder- und Jugendhilfe mit diesem Aspekt ihrer Praxis noch immer schwertut und welche Mühen es ihr bereitet, soziale Kontrolle als Moment ihres fachlichen Handelns zu begreifen. Die Diskussionen um den Stellenwert sozialer Kontrolle als Moment der frühen Hilfen (vgl. z. B. Keupp 2008; Schone 2008) indizieren dabei nicht nur eine Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe, sondern für alle an dieser Stelle kooperativ verbundenen Akteure.

¹²⁷ Im Originalzitat ist von Ebenen statt von Schwellen die Rede. Um das Zitat an das oben dargestellte Modell anzupassen, wurde diese Ersetzung im Zitat vorgenommen.

¹²⁸ Vgl. z. B. hierzu auch die Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendamtes zu den §§ 8a, 72 a SGB VIII.

Gerade nach der zweiten Schwelle, wenn sich der Blick auf Kinderschutz bzw. Gefahrenabwehr für Kinder richtet, ist Elternarbeit/Elternbildung im Sinne einer Familienaktivierung von besonders großer Bedeutung, wenngleich sie hier besonders schwer realisierbar erscheint. Ein gutes Beispiel liefert die *Integrative Familienhilfe*. Diese gibt es z. B. im *Margaretenstift* in Saarbrücken seit 1995 (zur Darstellung des Konzepts und zu seiner Umsetzung vgl. Zimmer 2007, S. 112–133). Die Integrative Familienhilfe ist eine Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII. Von 1995 bis 1998 wurde die Integrative Familienhilfe als Bundesmodellprojekt gefördert und hat sich zwischenzeitlich vielfach etabliert. Ziel des Ansatzes ist es, „stationäre Aufenthalte von Familien und ambulante Betreuung so zu verbinden, dass mit den familiären Systemen sehr intensiv gearbeitet werden kann“ (Deutscher Bundestag 1998, S. 259).

Eine sich abzeichnende wichtige Entwicklung ist in der wachsenden Bereitschaft zu sehen, aus Fehlern zu lernen (vgl. Fegert/ Besier 2008). Dies setzt einerseits entsprechende institutionelle Kulturen und andererseits entsprechende Verfahren voraus. Aus der Sicht der Kommission wird dabei von besonderer Bedeutung sein, dass Kinderschutz eine gemeinsame Aufgabe darstellt, die Fehleranalyse sich also nicht allein auf Jugendämter und freie Träger beziehen darf, sondern auch auf andere Akteure (z. B. Hebammen oder Schulen), die in Verdachtsfällen aktiv werden müssen. Darüber hinaus muss geklärt werden, welche Instanzen sachgerecht in der Lage sind, Fehleranalysen durchzuführen. Ein wichtiger Akteur für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe könnten dabei – zumindest im Prinzip – zukünftig die Landesjugendämter sein, wobei die Bereitschaft hierzu von der Praxis ausgehen muss.

Trotz weitgehendem Konsens, dass es an dieser Stelle einer verbesserten Zusammenarbeit bedarf, zeigen die Erfahrungen in der Praxis, dass noch eine Reihe von Hürden zu nehmen sind. Im Kern lassen sich derzeit vor allem die folgenden benennen:

- Nach wie vor bestehen Unklarheiten und Unkenntnis über die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der beteiligten Institutionen und Fachdisziplinen in den Netzen. Nicht immer ist klar definiert, was die eigenen Zuständigkeiten sind, was andere Akteure leisten, wo die jeweiligen Grenzen liegen und was nur gemeinsam erbracht werden kann. Dies gilt auch für die Kinder- und Jugendhilfe. Als ein Beispiel sei auf die Debatte um die Rolle der Jugendämter im Kontext des sogenannten Einlademeldewesens zu den freiwilligen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U 1-9) verwiesen. Es ist durchaus umstritten, ob dem Jugendamt gleichsam automatisch die Aufgabe zukommt, Eltern, die U-Termine versäumen, anzusprechen und zur Einhaltung der Termine zu motivieren. Eine weitere viel diskutierte Thematik dreht sich um das Fachverständnis der Kinder- und Jugendhilfe als unterstützende vs. kontrollierende Instanz und die Frage, wie Aufga-

ben sozialer Kontrolle fachlich angemessen umgesetzt werden können (Schone 2008).

- Als unzureichend müssen nach wie vor die zur Verfügung stehenden Ressourcen bezeichnet werden. Schon vor der Einführung des § 8a SGB VIII litten die *Allgemeinen Sozialen Dienste* bzw. die *Bezirkssozialarbeit* unter hohen Fallbelastungszahlen. So berechtigt und wichtig die nun deutlicher formulierten Aufgaben im Bereich Schutz vor Kindeswohlgefährdung sind, so muss auch konstatiert werden, dass die dafür notwendigen personellen Ressourcen keineswegs im gleichen Umfang – trotz erkennbarer Aufstockungen in vielen Jugendamtsbezirken – mit gewachsen sind. Zugleich indizieren erste vorläufige Erfahrungen mit Meldesystemen, z. B. zu den bereits erwähnten U-Untersuchungen, dass die Jugendämter einerseits dafür erhebliche Ressourcen bereitstellen müssen, denen andererseits bislang kaum benennbare Effekte gegenüberstehen.
- Allerorten erweisen sich die sozialen Warnsysteme als ressourcenaufwändig. Die Finanzierung über Modellprogramme verdeckt derzeit noch vielerorts das absehbare Folgeproblem, wer auf Dauer die Kosten übernimmt.¹²⁹

Entgegen dem Alltagsverständnis ist der Begriff Kindeswohlgefährdung keineswegs eindeutig. Abgesehen von den unstreitig „klaren Fällen“ machen der Praxis uneindeutige und wenig präzise vorhersagbare Konstellationen zu schaffen. Zusammen mit dem öffentlichen Druck sowie die Befürchtung, sich ggf. auf der Anklagebank wiederzufinden, führen diese professionellen Unsicherheiten zu der Neigung, im Zweifelsfall die Eingriffsschwelle zu senken, damit man sich später nicht Untätigkeit nachsagen lassen muss.

Das zuvor dargestellte Spektrum an Angeboten bezieht sich fast ausschließlich auf Eltern mit Kindern und setzt mit der Geburt ein. Während der Schwangerschaft gibt es einerseits die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen und andererseits die auf die Geburt vorbereitenden Kurse, die meistens von den Geburtskliniken und Hebammen durchgeführt werden.

Diese Angebote erweisen sich schon seit Längerem als unzureichend, weil es für werdende Eltern in belastenden Situationen zwar Angebote über die medizinische Versorgung hinaus gäbe, deren Finanzierung aber nicht immer gewährleistet ist. So gibt es Angebote der Lebensberatung, z. B. vonseiten der Kirchen, wie auch der Familien- und Schwangerschaftsberatung. Ebenso ist die Finanzierung der Leistungen von Familienhebammen oder ggf. vorgeburtlich notwendiger Familienhelferinnen nicht ab-

¹²⁹ Hier ist zu verweisen auf die Breitenwirkung durch das Kinderschutzgesetz in Rheinland-Pfalz, durch das als erster Schritt das Konzept der Fallpauschale eingeführt wurde, sowie in Bayern durch eine entsprechende Förderrichtlinie zur Finanzierung von Netzwerkarbeit. Gute Netzwerkstrukturen müssen gleichermaßen auf kommunaler Ebene bottom-up (durch Corporate Identity, gemeinsame Verfahrensstandards, administrativ festgeklopfte Strukturen, etc.) als auch auf Länderebene top-down verankert werden.

gesichert. Darüber hinaus sind viele dieser Angebote sowohl untereinander als auch mit der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend vernetzt.

Es bedarf deshalb dringend einer institutionellen Absicherung – verbunden mit einer regelhaften Finanzierung – von Beratungs- und Unterstützungsangeboten über die Gruppe der minderjährigen Schwangeren (für die es seitens der Kinder- und Jugendhilfe Unterstützung gibt) hinaus für (junge) Eltern in entsprechenden Bedarfslagen. Die jüngst wiederholt formulierte Einsicht, dass Kinderschutz vor der Geburt, nämlich genau genommen bei der Familienplanung beginnt, muss an dieser Stelle auch zu einer entsprechenden Regelung der Zuständigkeiten und der Absicherung der Finanzierung führen. Ggf. reicht eine Klarstellung der Formulierungen des § 16 SGB VIII und eine Ergänzung des beispielhaften Leistungskatalogs der Hilfen zur Erziehung in §§ 27ff SGB VIII um Frühe Förderung, die ggf. bereits

vor der Geburt einsetzen könnte. Analog ist die Absicherung der notwendigen Leistungen des Gesundheitswesens im SGB V zu überprüfen und erforderlichenfalls zu ergänzen. Im § 16 SGB VIII wird im Absatz 2.1 hervorgehoben, dass „junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorzubereiten“ seien.

16.2 Kindertagesbetreuung

Es gibt in der Bundesrepublik (Stand 2007) 48 652 Kindertagesstätten. Diese Zahl ist zwischen 1998 und 2007 – nach einem geringfügigen Rückgang in 2002 – gleich geblieben (Lange 2008).

Die öffentliche Kindertagesbetreuung strukturiert sich in Deutschland traditionell nach dem Alter der Kinder. Klassische Formen der Betreuung sind zum einen die Kinderkrippe (für die unter 3-Jährigen), der Kindergarten (für

Tabelle 16.1

Zahl der Kinder mit Behinderungen zum Stichtag 15. März 2006 nach Art der Einrichtung und nach Bundesländern

Bundesländer	Kinder mit Behinderungen zum 15.03.2006		
	in Sondereinrichtungen	in integrativen Einrichtungen	Anteil integrativ betreuter Kinder
	absolute Werte	absolute Werte	in %
Baden-Württemberg	277	2.667	90,6
Bayern	1.119	3.374	75,1
Berlin	28	3.400	99,2
Brandenburg	552	1.455	72,5
Bremen	11	651	98,3
Hamburg	387	897	69,9
Hessen	448	3.948	89,8
Mecklenburg-Vorpommern	314	1.456	82,3
Niedersachsen	4.324	3.149	42,1
Nordrhein-Westfalen	1.531	8.780	85,2
Rheinland-Pfalz	821	1.831	69,0
Saarland	200	669	77,0
Sachsen	2.182	2.674	55,1
Sachsen-Anhalt	67	2.028	96,8
Schleswig-Holstein	453	2.477	84,5
Thüringen	0	2.648	100
D (mit Berlin)	12.714	42.104	76,8
O.-D. (ohne Berlin)	3.115	10.261	76,7
W.-D. (ohne Berlin)	9.571	28.443	74,8

Quelle: Deutsches Jugendinstitut (2008) auf der Basis des statistischen Bundesamtes 2006

die 3- bis 6-Jährigen) und der Hort (für Schulkinder zwischen 6 und 12 Jahren). Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Altersmischformen, die sogenannte kleine oder große Altersmischung, bis hin zu einer „offenen“ Form der Betreuung, in der keinerlei Zuordnung mehr nach Altersgruppen vorgenommen wird.

Ein weiteres Betreuungsangebot stellen die Sonderkindergärten dar. Diese haben sich über ein an Behindierungsformen und den damit verbundenen Defiziten orientiertes Förder- und Beschulungskonzept für Kinder mit körperlichen, geistigen, Lern- und seelischen Behinderungen sowie mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten an speziellen Schulen und Heimen entwickelt und sind damit der Behindertenhilfe angegliedert (vgl. Kap. 13).

Aber nicht alle Kinder mit einer Behinderung besuchen Sonderkindergärten (vgl. Tab. 16.1). Spätestens mit der Verbreitung von Integrationsplätzen in Regelkindergärten seit Anfang 1980 liegt die Zuständigkeit für einen Teil der Kinder mit Behinderung wie für alle klassischen Formen der Kinderbetreuung bei der Jugendhilfe (vgl. § 22a (4) SGB VIII). Ungefähr die Hälfte der Kinder mit Behinderung gehen in einen Regel- oder einen Integrationskindergarten, mit großen regionalen Unterschieden. Vereinzelt existieren auch Integrationseinrichtungen im Bereich der Krippen und Horte.

Die Kindertagespflege stellt ein weiteres Angebot dar, in dem Kinder vom Säuglingsalter bis zum Schulalter für Teile des Tages oder auch ganztags von Tagespflegepersonen betreut werden. Der Schwerpunkt dieser Betreuungsform liegt bei der Altersgruppe der unter 3-Jährigen, da hier vor allem in Westdeutschland der größte Mangel an Betreuungsplätzen herrscht und die Nachfrage der Eltern sehr hoch ist.

Die Kindertagespflege hat sich in einem eher nichtöffentlichen Bereich entwickelt, d. h. hier wurden und werden Privatverträge zwischen Eltern und einer Person geschlossen, die bereit ist, die Betreuung des Kindes zu übernehmen. Mit Inkrafttreten des Tagesbetreuungsausbaugesetzes (TAG) im Jahre 2005 wurde die gesetzliche Gleichrangigkeit der Kindertagespflege gegenüber der institutionellen Kindertagesstätte festgeschrieben und der Ausbau von öffentlich unterstützten Kindertagespflegeplätzen angeregt. In dem am 1.1.2009 in Kraft getretenen Kinderförderungsgesetz (KiföG) wurde im § 43 (3) SGB VIII festgelegt, dass die Erlaubnis zur Kindertagespflege zur gleichzeitigen Betreuung von bis zu fünf fremden Kindern befugt. Landesregelungen können darüber hinaus bestimmen, dass Tagespflegepersonen mit einer pädagogischen Ausbildung auch mehr als fünf Kinder betreuen dürfen, allerdings nicht mehr als in einer vergleichbaren Gruppe einer Tageseinrichtung.

16.2.1 Inanspruchnahme von Betreuung, Bildung und Erziehung in Tageseinrichtungen für Kinder

Die Besuchsquoten der Tagesbetreuung weichen in Ost- und Westdeutschland vor allem für Kleinkinder auch weiterhin beträchtlich voneinander ab. Nahmen 2007 in Ost-

deutschland 41 Prozent der Kinder unter drei Jahren einen Betreuungsplatz in Anspruch, waren dies in Westdeutschland lediglich 9,9 Prozent.

Die klassischen Betreuungsformen haben vor allem seit Einführung des Rechtsanspruchs der 3- bis 6-jährigen Kinder auf einen Kindergartenplatz (1996) einen kräftigen Ausbau erfahren, so dass vor allem in Ostdeutschland für die 3- bis 6-Jährigen von einer Vollversorgung gesprochen werden kann. In Ostdeutschland beträgt die Besuchsquote insgesamt 94 Prozent und in Westdeutschland 89 Prozent. Sieht man sich die Zahlen jedoch genauer an, so fällt auf, dass in Westdeutschland die Quote der Inanspruchnahme bei den 3- bis 4-Jährigen lediglich bei 77,7 Prozent liegt, die der Kinder im gleichen Alter in Ostdeutschland aber bei 93,6 Prozent (Lange 2008).

Dieser Entwicklung folgte dann ab 2005 (Einführung des TAG) ein Ausbau von Plätzen für Kinder unter drei Jahren. Ziel der Bundesregierung ist es, auf der Basis des 2008 verabschiedeten Kinderförderungsgesetzes (KiföG) bis zum Jahr 2013 für 35 Prozent der Kinder unter 3 Jahren Betreuungsplätze zu schaffen (Weiß u. a. 2008). Zum anderen bieten die Träger der Einrichtungen immer mehr alterserweiterte Formen der Betreuung an, sodass inzwischen manche Kindertagesstätten 2-Jährige aufnehmen und eine Hortbetreuung am Nachmittag in die Einrichtung bzw. in einzelne Gruppen integriert wird (sogenannte große Altersmischung). Der Ausbau von Plätzen für Kinder unter 3 Jahren fand in Westdeutschland bisher vor allem dadurch statt, dass diese Kinder (meist 2-Jährige) vermehrt in die Gruppen der Kindergärten integriert wurden. Diese Vorgehensweise ist wegen der fehlenden fachlichen Ausstattung jedoch umstritten (Dittrich/Riedel 2008).

So besuchten 2006 bundesweit lediglich 7,2 Prozent der Kinder unter 3 Jahren eine Kinderkrippe, aber 31,1 Prozent einen Kindergarten mit altersgemischten oder altershomogenen Gruppen. In öffentlicher Kindertagespflege befanden sich 1,5 Prozent dieser Kinder (Deutsches Jugendinstitut 2008).

Bundesweit gab es 2007 insgesamt 28,5 Prozent Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertagesstätten, dieser Anteil sinkt bei denjenigen, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird, auf 17,2 Prozent. Die Daten zeigen weiter, dass Eltern mit Migrationshintergrund und einer nichtdeutschen Familiensprache ihre Kinder vorwiegend erst ab dem dritten Lebensjahr in eine Kindertagesstätte geben (DJI/Dortmunder Arbeitsstelle 2008).

16.2.1.1 Ausbildungssituation der Tagespflegepersonen, Erzieherinnen und Erzieher sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger

Die Ausbildung von Tagespflegepersonen besteht aus Kursen, die die Jugendämter oder andere Träger anbieten und die einen sehr unterschiedlichen zeitlichen Umfang zwischen ca. 15 und 160 Stunden haben (Deutsches Jugendinstitut 2008a). Nach Weiß u. a. (2008) wird die

Mehrzahl der Tagespflegepersonen in Deutschland nach dem *DJI-Curriculum Kindertagespflege* fortgebildet.

Das pädagogische Personal einer Kindertagesstätte setzt sich zum einen aus Erzieherinnen zusammen, die überwiegend nach zweijähriger Fachschulausbildung und evtl. einem Berufsanererkennungsjahr ihre Berufsausbildung abschließen, zum anderen aus Kinderpflegerinnen/ Sozialassistentinnen, die in einem oder zwei Jahren Berufsfachschule ihre Anerkennung zur Arbeit in Kindertagesstätten erwerben. Inzwischen ist das Feld der Ausbildung von Erzieherinnen in den Ländern in Bewegung geraten, nicht in allen Bundesländern wird noch ein Berufsanererkennungsjahr gefordert, die Länge der Schulausbildung sowie der Umgang mit Praktika verändern sich vor allem da, wo Fachhochschulen und vereinzelt Universitäten ebenfalls Ausbildungsgänge für Erzieherinnen anbieten. Kinderpflegerinnen oder Personen ohne Fachausbildung sind z. T. auf Hilfstätigkeiten beschränkt, sie dürfen keine selbstständigen Aufgaben in der pädagogischen Arbeit übernehmen. Die Leitung von Kindertagesstätten wird überwiegend von Erzieherinnen und zum Teil von Sozialpädagoginnen und -pädagogen übernommen. Vereinzelt bieten inzwischen Universitäten auch zertifizierte Weiterbildungsmöglichkeiten für Leiterinnen von Kindertagesstätten an.

16.2.1.2 Die pädagogische Qualität von Betreuungsangeboten

Die pädagogische Qualität von Kindertagesstätten wird neben den Strukturelementen meist durch Angebote ausgewiesen, die an spezifischen Konzepten orientiert sind. Dabei spielen Ansätze der Fröbel-, Waldorf-, Montessori- oder Freinetpädagogik oder auch der Situationsansatz eine tragende Rolle. Die Konzepte beziehen sich vor allem auf (soziale) Aktivitäten in Gleichaltrigengruppen sowie auf die altersgemäße Verselbstständigung von Kindern und unterscheiden sich damit in ihren Inhalten deutlich von denen der Schule. In neuerer Zeit hinzugekommen sind z. B. Konzepte wie der spielzeugfreie Kindergarten, der Waldkindergarten sowie unterschiedliche Ansätze zur Sprachförderung und Angebote wie Umgang mit erster Mathematik oder Erkundung von Naturphänomenen, die sich entweder an alle Kinder oder gezielt z. B. an Kinder mit Migrationshintergrund richten. Kindertagesstätten, die auch Kinder mit Behinderungen aufnehmen, verfügen neben verbesserten Rahmenbedingungen über Konzepte einer „Pädagogik für alle Kinder“, in die die besonderen Bedürfnisse der Kinder mit Behinderung integriert sind (Schöler u. a. 2005, Dittrich 2008).

Die Leitlinien der inhaltlichen Arbeit mit Kindern in Kindertagesstätten wurden in allen Bundesländern in eigenen Bildungsplänen¹³⁰ festgeschrieben. Diese Bildungspläne sind in Tiefe und Themenwahl, Umfang und Ausrichtung sowie der Altersspanne der Zielgruppe sehr unterschied-

lich. In den meisten Bundesländern wird die Altersgruppe der unter 6-Jährigen, in einigen Ländern sogar die Gruppe der unter 1- bis 10- oder der bis 14-Jährigen berücksichtigt (Friederich 2008). Nur in Mecklenburg-Vorpommern bezieht sich der Bildungsplan lediglich auf die letzten 10 Monate vor Schuleintritt.

Nicht in allen Bildungsplänen wurden also die pädagogischen Anforderungen für die Arbeit mit Kindern unter 3 Jahren spezifiziert und nicht alle Bildungspläne haben die Spezifik pädagogischer Arbeit bei der Aufnahme von Kindern mit Behinderung dargestellt (Friederich 2008).

Die Entwicklung einer den Bildungsplänen entsprechenden schriftlichen Konzeption, die darüber hinaus ggf. auch spezifische Aufgaben der Kindertagesstätten berücksichtigt, gehört in den Kindertagesstätten heute zum Standard. Soweit Tagespflegepersonen Konzeptionen für die Kindertagespflege entwickeln, lehnen diese sich an die der Kindertagesstätten an.

Eine zentrale Forderung für alle Institutionen der Kinderbetreuung stellt die Fähigkeit der Erziehungspersonen dar, den Bindungsbedürfnissen der Kinder (s. Kap. 5.1) nachzukommen und diese in den Alltag der Einrichtung zu integrieren. Die gelingende Übergabe eines Kindes von einer vertrauten Bindungsperson (Mutter oder andere vertraute Person) an die Erzieherin in einer Kindertagesstätte (Krippe/Kindergarten) ist entscheidend dafür, dass sich das Kind ohne übermäßige Stresserfahrungen in den Alltag einer Kindertagesstattengruppe eingewöhnen kann.

In einer von der Stadt Stuttgart, Jugendamt sowie dem Landeswohlfahrtsverband Württemberg- Hohenzollern (2002) in Auftrag gegebenen Untersuchung zur Integration der unter Dreijährigen in die Kindertagesstätten des Landes werden die Anforderungen wie folgt beschrieben:

„Das Wohl der Dreijährigen erscheint gesichert,

- wenn sie mit Hilfe ihrer Eltern langsam eingewöhnt werden und eine Bindung zu einer neuen Bindungsperson aufbauen können,
- wenn die Verfügbarkeit einer bekannten Bezugsperson im Kindergartenalltag jederzeit gewährleistet ist,
- wenn Gruppengröße und Kinderdichte die Orientierungsfähigkeit der Kinder nicht überfordern,
- wenn die Räume (bzw. die Raumgestaltung) ihnen sowohl den Kontakt zu einer Bezugsperson erleichtern als auch ihre Wahrnehmung strukturieren und Bewegungsraum bieten,
- wenn ihnen verlässliche Kontakte mit gleichaltrigen Kindern garantiert werden,
- wenn ihnen Bezugspersonen zur Verfügung stehen, die die Zuwendungs- und Entwicklungsbedürfnisse von Zweijährigen verstehen und die bereit sind, Bindungs- und Bildungsprozesse durch körperliche und innere Präsenz dem Entwicklungsstand angemessen zu unterstützen,
- wenn das Einrichtungsteam die Gruppenerziehung von Zweijährigen akzeptiert und unterstützt und eine

¹³⁰ Hier wird der Begriff der Bildungsrahmenpläne bzw. Bildungspläne verwendet, obwohl diese Pläne in allen Ländern unterschiedliche Bezeichnungen haben. Ein Überblick über die Bildungspläne befindet sich im Anhang 31.

enge Zusammenarbeit mit den Familien pflegt.“ (Landeshauptstadt Stuttgart, Jugendamt und Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 2002, S. 13)

Laewen und Andres (2002) beschreiben den Sinn einer Eingewöhnungsphase: „Aus einem gelungenen Eingewöhnungsprozess konstruiert das Kind ein internes Arbeitsmodell, in dem es seine Erfahrungen mit gelungenen Kontakten aufbewahrt und als Modell zukünftiger Erfahrungen besitzt, das eine Überzeugung beim Kind schaffen kann, auf seine Lebenssituation selbst Einfluss nehmen zu können. So entsteht ein starkes Gefühl der ‚Selbst-Wirksamkeit‘, das auch später die Heranwachsenden davor schützt, sich als hilfloses Opfer von Umständen zu erleben.“ (2002, S. 160).

Für Krippe, Kindertagesstätte und Tagespflege liegen Konzepte der Eingewöhnung vor (Infans 2008; Andres/Laewen 1992; Laewen/Andres/Høderväri 2000), in denen ein fünfstufiges Modell des Übergangs von der vertrauten Bezugsperson zur Erzieherin begründet wird. Für die Kinderkrippen sind diese Eingewöhnungsphasen zum anerkannten Bestandteil des pädagogischen Prozesses geworden, wie auch (zumindest theoretisch) für die Kindertagesstätten und die Tagespflege. 98 Prozent aller Kindergärten und Krippen gaben bei der Kindertagesstättenbefragung (Gragert u. a. 2009) an, dass sie eine Eingewöhnung durchführen. Dies zeigt den Stellenwert dieses Prozesses in den Einrichtungen. Inwieweit sorgfältige Eingewöhnungen aber tatsächlich Bestandteil des pädagogischen Alltags bundesweit geworden sind und welche Qualität sie haben, muss aufgrund fehlender Untersuchungen in diesem Bereich offen bleiben. Tietze u. a. (2007, 2007a) legten zur Qualitätsprüfung von Kindertagesstätten, Kinderkrippen und Tagespflege Skalen vor, anhand derer eine Überprüfung auch der Eingewöhnungsphasen für die Einrichtungen ermöglicht wird.

16.2.2 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in Krippe, Kindergarten, Hort und Tagespflege

Grundsätzlich eignet sich das Setting¹³¹ Kindertagesstätte sehr gut für die Umsetzung von präventiven und gesundheitsförderlichen Lebensweisen, da hier fast alle Kinder und ihre Familien erreicht werden können. Das bedeutet, dass alle Kinder und im Besonderen sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder mit (drohender) Behinderung gleichermaßen von gesundheitsförderlichen Ansätzen in der Kindertagesstätte profitieren können.

Das Gutachten des Sachverständigenrates zur „*Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*“ aus dem Jahr 2005 weist auf eine Differenzierung zweier Arten

des Setting-Ansatzes (vgl. Teil A) hin: Zum einen „Gesundheitsförderung im Setting“ (in diesem Fall die Kindertagesstätte), zum anderen „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ (Bauer/Bittlingmayer 2006). Im ersten Fall wird die Kindertagesstätte als niedrigschwelliger Zugangsweg und -ort für spezielle Zielgruppen genutzt, um gesundheitsförderliche Interventionen durchzuführen. Die meisten gesundheitsförderlichen Aktivitäten in Kindertagesstätten beziehen sich wohl auf diesen ersten Typus (vgl. DJI, Datenbank ProKiTa in www.dji.de/prokita). „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ ist dagegen viel umfassender und versucht z. B. durch Stadtteilentwicklung und Vernetzung langfristig gesundheitsrelevante und gesundheitsabträgliche Lebensbedingungen zu modifizieren. Ein Beispiel einer so verstandenen Gesundheitsförderung findet sich z. B. in den *Early Excellence Centers* oder auch dem *KiTZ* (vgl. Kap 16.2.2.2). Erst durch eine solche Gesundheitsförderung können die Folgen möglicher sozialer Randständigkeit zumindest teilweise nachhaltig aufgefangen werden. Der Ansatz der „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ ist auch insofern zielführender, weil „Defizite“ in gesundheitsrelevanten Kompetenzen nicht individuumszentriert, sondern eingebettet in sozial ungleiche Alltagsstrukturen und Lebensstile betrachtet werden.

16.2.2.1 Konzeptionelle Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Bildungsplänen

Wie schon erwähnt, wurden in den letzten Jahren in allen Bundesländern Bildungsrahmenpläne für Kindertagesstätten¹³² mit Schwerpunkt auf dem Elementarbereich entwickelt, die auf verschiedene Bildungsbereiche eingehen. In allen 16 Bildungsplänen gibt es Bildungsbereiche, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Die Bedeutung von Gesundheit wird vor allem dort betont, wo der Gesundheitsbegriff der WHO verwendet wird. Immerhin 9 von 16 Ländern beziehen sich auf diesen Gesundheitsbegriff, drei weitere Bundesländer definieren einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ohne Bezugnahme auf die WHO. Die übrigen vier Länder haben den Begriff „Gesundheit“ nicht reflektiert (Friederich 2008). Ein bundesweit gemeinsames Konzept zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Kindertageseinrichtungen und der Tagespflege gibt es jedoch nicht. Unterschiede der Konzepte ergeben sich nicht nur durch die jeweiligen Bildungspläne, sondern auch durch die verschiedenen Trägerschaft der Einrichtungen sowie die jeweiligen Sozialräume, in die die Einrichtungen eingebettet sind.

In 14 von 16 Bildungsplänen wird nicht nach Gesundheitsförderung und Prävention unterschieden; Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention sind jedoch implizit und vereinzelt auch explizit in den Bildungsplänen verankert. Auch die Qualitätsstandards und Bildungsbereiche für die Kindertagespflege (Tagesmütter) sind in den Bildungsplänen der Länder nicht festge-

¹³¹ „Dem Settingansatz liegt die Idee zu Grunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird“ (Altgeld 2004, S. 807f.). Nach der WHO bedeutet Setting „der Ort oder der soziale Kontext, wo sich der Alltag der Menschen abspielt, bei dem umweltbedingte, organisatorische und persönliche Faktoren interaktiv Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen“ (World Health Organisation, WHO 1998, S. 264).

¹³² Vgl. Überblick über die Bildungsrahmenpläne bzw. Bildungspläne im Anhang 31.

schrieben. Zwar wird in dem vom DJI erstellten „Curriculum für die Tagespflege“ (vgl. Weiß u. a. 2008), das häufig der Qualifikation der Tagespflegepersonen zugrunde liegt, u. a. auch das Thema „Gesundheit“ (Ernährung, Bewegung und Ruhe, Körperpflege, hygienische Maßnahmen und Schadstoffbelastung in und durch die räumliche Umwelt, Sicherheit und Unfallprävention im Innen- und Außenraum) aufgegriffen. Doch muss hier offen bleiben, wie weit und in welcher Form dieses Thema in der Aus- und Fortbildung von Tagespflegepersonen, für die bisher verbindliche Standards fehlen, vermittelt wird.

Die meisten Bildungspläne gehen auf die Themen Bewegung, Gesundheit und Ernährung ein. Nur der Bildungsplan von Nordrhein-Westfalen, der allerdings derzeit überarbeitet wird, verfügt außer dem Bildungsbereich Bewegung über keinen weiteren gesundheitsrelevanten Bereich. Daneben gehören Hygiene und Früherkennung zu den klassischen Themen, auf die in fast allen Bildungsplänen eingegangen wird. Themen der Gesundheitsförderung sind jedoch viel allgemeiner und ganzheitlicher angelegt und weit umfassender als die konkreten Maßnahmen der Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten. Solche übergreifenden Themen sind nicht selten außerhalb der einzelnen Bildungsbereiche angesiedelt, wodurch zwar ihre übergeordnete Bedeutung deutlich, die Verzahnung mit den in den Bildungsplänen angesprochenen Bildungsbereichen aber vernachlässigt wird.

Im Allgemeinen liegt der Schwerpunkt in den gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen auf den körperlichen Gesundheitsressourcen. Daneben haben zahlreiche Bundesländer bereits die Bedeutung von psychischen Gesundheitsressourcen erkannt und zum Teil mit berücksichtigt. Folgende Themen werden in den meisten Bildungsplänen explizit angesprochen, wenn auch in Form und Tiefe sehr unterschiedlich:

- Bewegung: Die Bewegungsförderung als Vorbeugung von Übergewicht und motorischen Schwächen ist in allen Bundesländern gut verankert.
- Ernährung: Die Bedeutung einer gesunden Ernährung wird in fast allen Bundesländern explizit angesprochen, außer in Nordrhein-Westfalen.
- Hygiene/Körperpflege: Die Hygiene oder Körperpflege ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten und wird nach geltenden Regelungen in den Tagesstättenalltag eingebaut. Der Themenbereich findet sich in elf Bildungsplänen der Bundesländer, in einigen jedoch wird er nicht explizit erwähnt (Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Thüringen).
- Körpererfahrung/-wahrnehmung/-bewusstsein: Auch dieser Themenbereich wird in beinahe allen Bildungsplänen aufgegriffen, ausgenommen Thüringen. Allerdings spielt dort die Bewegungserfahrung eine große Rolle, womit implizit auch die Körpererfahrung angesprochen wird (Friederich 2008).

Neben den körperlichen Gesundheitsressourcen werden auch folgende psychische oder personale Gesundheitsressourcen in den Bildungsplänen häufig erwähnt:

- Stressbewältigung/Entspannung: In 12 von 16 Bildungsplänen wird das Thema Stressbewältigung oder – gleich häufig – das Thema Entspannung (die als Strategie zur Stressbewältigung gelten kann) im Bildungsbereich Gesundheit behandelt. Nur drei Länder (Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen) gehen gar nicht auf diesen Themenbereich ein, und Thüringen nicht explizit, weist aber auf den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff (körperlich, psychisch, sozial) hin.
- Sexualität: In 10 von 16 Bildungsplänen ist Sexualität ein Bestandteil des Bildungsbereichs Gesundheit (außer in Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen).

Neben diesen Ressourcen sind auch die sozialen Gesundheitsressourcen bedeutsam. Es finden sich allerdings erst wenige Hinweise dazu in den gesundheitsrelevanten Bildungsbereichen. In elf Bildungsplänen gibt es zur sozialen Kompetenz einen eigenen Abschnitt oder Bildungsbereich, der neben dem Gesundheitsbereich steht. Eine Verzahnung findet allerdings nicht unbedingt statt.

Die Bildungspläne enthalten häufig gesundheitsrelevante Themen, die nicht unter dem Oberbegriff „Gesundheit“ erfasst wurden, wie z. B. Resilienz oder Partizipation. Daneben werden in den Bildungsplänen noch weitere implizit gesundheitsfördernde und/oder präventiv wirkende Bildungsthemen genannt, wie z. B. geschlechtersensible Erziehung, Sprache, Beteiligung der Eltern und andere. Wenn das Kind sich z. B. als selbstwirksam erfahren kann, Möglichkeiten der Beteiligung hat und eine angemessene Sprachkompetenz erwirbt, so trägt dies indirekt zu seiner Gesundheit bei. Das Thema Bindung wird in den Bildungsplänen der Länder nicht immer aufgegriffen und sehr unterschiedlich tiefgründig behandelt.

16.2.2.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kindertagesbetreuung

Die Bildungspläne bieten den Trägern und Kindertagesstätten eine Orientierungshilfe und sind als Leitlinie zu verstehen. Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Bildungspläne gibt es in der Praxis einen großen Spielraum. Bisher liegen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, ob und inwiefern die Bildungspläne in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention in den jeweiligen Einrichtungen praktisch umgesetzt werden.

Eine bundesweite Befragung des Universitätsklinikums Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2005/2006, in die 643 Kindertagesstätten einbezogen wurden, hat gezeigt, dass zwei Drittel aller befragten Einrichtungen im zurückliegenden Jahr „Gesundheits-Projekte“ durchgeführt haben, die sich meist auf die Kinder, zur Hälfte auch auf die Familien und seltener auf die Erzieherinnen bezogen. Zu den Inhalten der Projekte gehörten im Wesentlichen die Themen Bewegungsförde-

rung, Zahnpflege, Verkehrserziehung, Förderung gesunder Ernährung und Sprachförderung (vgl. Kliche u. a. 2008).

Es würde den Rahmen sprengen, alle präventiv ausgerichteten und gesundheitsförderlichen Aktivitäten in Kindertagesstätten darzustellen, hier kann nur auf Übersichten verwiesen werden. So bietet die Recherche des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Dreas/Spiegel/Hassel 2008) eine gute Übersicht zu Good Practice-Ansätzen in den Bereichen Bewegung, gesunde Ernährung und Entwicklung eines gesunden Körpergewichts. Die ProKiTa Datenbank des Deutschen Jugendinstituts (DJI)¹³³, die kontinuierlich fortgeschrieben wird, erlaubt einen Überblick über wissenschaftlich geprüfte und übertragbare Projekte zu unterschiedlichen Bereichen, wie Gesundheit, Sprache, Integration etc.. Es gibt darüber hinaus noch weitere Datenbanken, z. B. von der BZgA oder der Plattform Ernährung und Bewegung, die mit jeweils unterschiedlichen Fokus und verschiedenen Qualitätskriterien Projekte aufgenommen haben.

Ein nicht zu vernachlässigendes Problem besteht dabei insofern, als bisher allgemein akzeptierte und verbindliche Kriterien für „Good Practice“-Projekte im Bereich Gesundheitserziehung fehlen. Zwar wird im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin derzeit an solchen Kriterien gearbeitet, doch unterscheiden sich die Kriterien der Medizin erkennbar von jenen der sozialwissenschaftlichen Präventionsforschung sowie von jenen der Projektdatenbanken in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Kap. 20.6 und Kap. 23.1.11).

Wenn im Folgenden einzelne Praxisbeispiele genannt werden, so ist damit keinerlei Wertung verbunden, sondern dies dient vor diesem Hintergrund lediglich der Veranschaulichung von Ansätzen, die sich an den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für 3- bis 6-Jährige (Sprechen, Bewegung, Achtsamkeit) orientieren.

Für die Bereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung gibt es in Deutschland eine Vielzahl an Projekten, die entweder von öffentlichen Trägern finanziert und gefördert werden oder aus eigener Initiative der Einrichtung heraus entstanden sind. Von diesen sollen drei exemplarisch genannt werden:

Das Projekt „*Besser Essen – mehr bewegen – Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz!*“ (Berlin) richtet sich vor allem an Kinder und Familien mit Migrationshintergrund. Durch die Ausbildung eines Mentoren- und Trainer-Netzwerkes (u. a. mit muttersprachlichen Multiplikatoren) werden die Gewohnheiten von Familien mit Migrationshintergrund eruiert und versucht, unterstützend im Sinne von Gesundheitsförderung zu wirken.¹³⁴

Das Projekt „*Agenda 21 – Projekt Kindergesundheit*“ der Stadt Karlsruhe fördert „gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und nachhaltige Alltagsmobilität“ mit

dem Ziel, den Anteil der übergewichtigen Kinder bei der Einschulung zu verringern.¹³⁵

Das Projekt „*gesunde kitas – starke kinder*“ der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb) in Berlin hat ein Pilotprojekt für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Entspannung gestartet. Das Projekt engagiert sich für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung, die gleichzeitig die Bildungs- und Entwicklungsprozesse der Kinder stärkt.¹³⁶

Für den Bereich „Sprechen und Sprache“ soll hier das Projekt „*Sprachliche Förderung in der KiTa*“ (DJI) dargestellt werden. Das Projekt zielt darauf, sprachliche Fähigkeiten in ihrer entwicklungsdynamischen und differenzierten Funktion für das kindliche Handeln und Denken sichtbar zu machen. Deren Qualität hängt von einem anregungsreichen Umfeld ab, in dem sich kindliche Neugierde, Lust an Bewegung und am Erforschen der Umgebung entfalten können. Ausgangspunkt des Konzeptes ist es, Kinder als lernbereite Persönlichkeiten im Gesamt ihrer Entwicklung zu begreifen. In diesem Basiskonzept für die Sprachförderung in der Kita werden zunächst die vier Bildungsbereiche Musik, Bewegung, Medien und Naturwissenschaften mit ihren spezifischen sprachfördernden Möglichkeiten dargestellt sowie Hinweise für Umsetzungsmöglichkeiten für die Erzieherinnen erarbeitet. Dazu werden die Bildungsbereiche unter dem Aspekt ihrer sprachlichen Potenziale betrachtet, wobei kommunikative und strukturelle sprachliche Elemente sowie die Langfristigkeit des kindlichen Spracherwerbs berücksichtigt werden. Angesprochen werden alle Kinder einer Einrichtung (ohne/mit Migrationshintergrund, ohne/mit Behinderung). Das entwickelte Basiskonzept wurde in der zweiten Projektphase in Kooperation mit Modellstandorten in sechs Bundesländern didaktisch erweitert und in der Praxis erprobt (Jampert u. a. 2009).¹³⁷

Das Projekt „*Integration in Kinderkrippen*“ der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde aufgrund seiner Einzigartigkeit ausgewählt. Der konzeptionelle Rahmen des Begleitforschungsprojektes beinhaltet die Erarbeitung von Qualitätsstandards für integrative Kinderkrippen der Landeshauptstadt München (Altersgruppe bis 3 Jahre). Vor diesem Hintergrund stehen im Begleitforschungsprojekt zwei Ziele im Vordergrund: Bestandsaufnahme zur Qualität in diesen Kinderkrippen und Festlegung von Qualitätsstandards für die Integrationsentwicklung in diesen Einrichtungen. Als Arbeitsergebnis wurden 32 Qualitätsstandards für die Arbeit in integrativen Kinderkrippen formuliert, mit denen sowohl die Bereichsleitung Kinderkrippen im Sozialreferat München als auch die beteiligten Modelleinrichtungen träger- und einrichtungsspezifisch weiterarbeiten können. Die Qualitätsstandards stellen eine Grundlage für die weitere konzeptionelle Arbeit in den integrativen Kinderkrippen dar.¹³⁸

¹³⁵ Vgl. <http://www.3karlsruhe.de>

¹³⁶ Vgl. <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>

¹³⁷ Vgl. www.dji.de/prokita

¹³⁸ vgl. www.dji.de/prokita

¹³³ Vgl. www.dji.de/prokita

¹³⁴ Vgl. <http://www.besseressenmehrbeugen.de>

Exkurs 16.1 Konzept „Early Excellence“ und „KiTZ“

Das Konzept der *Early Excellence Centres (EEC)* entstand vor ca. 20 Jahren in Großbritannien und wird derzeit in einigen Städten Deutschlands, insbesondere in Berlin, umgesetzt. Im Mittelpunkt der Überlegungen stand und steht das Ziel, der sozialen Benachteiligung von Kindern entgegenzuwirken. Grundannahme dabei ist, dass jedes Kind einen Anspruch auf exzellente und individuelle Förderung hat und diese Förderung in der Kindertagesstätte beginnen sollte.

Die in England bestehenden *Early Excellence Centres* richten sich vor allem an benachteiligte Zielgruppen und haben sowohl Bildung (bessere Schulleistungen) als auch Gesundheitsvorsorge, Hilfen für Eltern und gesellschaftliche Integration zum Ziel. Die *EEC* verstehen sich daneben als Familientreffpunkte mit folgenden Fragestellungen:

- Wie kann eine hohe Qualität der Bildung, Erziehung und Betreuung in Kindertagesstätten gewährleistet werden, die gerade auch Kinder aus benachteiligten Familien erreicht?
- Wie kann die Erziehungskompetenz gerade auch sozial benachteiligter Eltern gestärkt werden?
- Welchen Beitrag kann eine Kindertagesstätte für den Aufbau einer familienfreundlichen Infrastruktur im Sozialraum leisten? (vgl. Hebenstreit-Müller 2006)

Im *Early Excellence* Ansatz soll das Kind in seinen Kompetenzen wahrgenommen und von den Erzieherinnen unterstützt werden. Dabei werden die Eltern so eingebunden, dass sie die Absichten und Wahrnehmungen ihrer Kinder verstehen lernen. Betont wird dabei das gemeinsame Interesse von Eltern und pädagogischen Fachkräften an der bestmöglichen individuellen Förderung des Kindes im Sinne einer Ressourcenorientierung aller Beteiligten. Dies kann beispielsweise hinsichtlich der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen bedeuten, dass immer wieder Anlässe geschaffen werden, bei denen Kinder und Eltern ihre Ziele und Kompetenzen einbringen können, aber auch die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung durch die Unterstützung der Erzieherinnen erhalten, wobei die Integration des „Neuen“ in den eigenen Familienalltag gefördert wird. Die Methoden und Strategien der *Early Excellence Centres* sind so angelegt, dass Eltern zum Hauptmotor der Entwicklung ihrer Kinder werden können. Dies in dem Wissen, dass ohne diesen Fokus insbesondere bei Kindern aus armen und sozial belasteten Familien viele Bildungs- und Förderangebote nur sehr geringe Effekte zeigen. Jedes *EEC* versteht sich selbst nicht nur als Teil, sondern als Katalysator für den Aufbau einer familienfreundlichen Infrastruktur in einem Gemeinwesen. Dazu werden benötigt:

- Angebote frühkindlicher Bildung und Betreuung mit hohem Qualitätsstandard,
- Einbeziehung der Eltern in die Bildungsprozesse ihrer Kinder,
- Familienunterstützende Angebote,
- erwachsenenbildungs- und arbeitsmarktbezogene Angebote
- Fort- und Weiterbildung sowie Forschung,
- lokale Gesundheitsdienste.

In Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention erfordert dies auch eine gute Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in einer Einrichtung der Kindertagesbetreuung bedeutet dann, dass neben einer guten Vernetzung und Nutzung der infrastrukturellen Gegebenheiten die Selbstwirksamkeitserfahrungen der Kinder in den Mittelpunkt gestellt werden und ihnen die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung geboten wird.

Das *KiTZ (Kindertageszentrum)-Konzept*, das derzeit in München an 10 Standorten umgesetzt wird, orientiert sich eng an dem Konzept des *EEC* und bietet den Eltern darüber hinaus auch zugehende Angebote an. Das bietet einerseits den Vorteil, dass die Fachkräfte in den Kindertagesstätten ein besseres Verständnis von dem Lebensumfeld der Kinder und ihren Eltern gewinnen, und andererseits, dass Eltern bei der individuellen Förderung des Kindes zu Hause unterstützt werden.

Trotz dieser positiven Beispiele gelungener Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertagesstätten stellt sich die Frage, ob und wie Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis und auch jenseits von speziellen Programmen umgesetzt werden und ob die vorhandenen Rahmenbedingungen darauf schließen lassen, dass die in den Bildungsplänen verankerten Gesundheitsziele tatsächlich realisiert werden können.

Ohne an dieser Stelle generalisierende Aussagen treffen zu können, ist dennoch auf allgemeine Rahmenbedingungen

hinzuweisen, die für viele Erzieherinnen und Beschäftigte in Kindertagesstätten gelten: Für die Umsetzung der Bildungspläne in den Ländern sind die Träger der Kindertagesstätten verantwortlich. Sie sind aufgefordert, notwendige Fortbildungen zu ermöglichen und dafür Sorge zu tragen, dass die Erzieherinnen daran teilnehmen können. In der Regel stehen jeder Vollzeitkraft 5 Tage für Fortbildungen zur Verfügung. In der Realität ist der Alltag von Erzieherinnen jedoch durch Zeitmangel, Personalausfall aufgrund von hohen Krankenquoten (vgl. Tab. 16.2.) und eine insgesamt knappe Personalausstattung geprägt.

Tabelle 16.2

**Einhaltung des Personalschlüssels
in den Einrichtungen**

Wie oft kommt es vor, dass in der Einrichtung unter dem gesetzlich geregelten bzw. festgelegten Personalschlüssel gearbeitet wird?			
	Ost	West	Gesamt
häufig	29,1 %	22,0 %	23,2 %
manchmal	37,2 %	36,3 %	36,4 %
selten	22,8 %	28,3 %	27,4 %
nie	10,9 %	13,4 %	13,0 %

Quelle: Gragert u. a. (2009)

Das lässt zum einen die Vermutung zu, dass die Arbeitsbedingungen für die Erzieherinnen an sich schon belastend und wenig gesundheitsförderlich sind und sie daher den Auftrag, Gesundheit an Kinder und Familien weiterzuvermitteln, nur „so gut wie möglich“ umsetzen können. Zum anderen bedeuten Personalausfall und hohe Krankenquoten, dass Fortbildungen nur unzureichend in Anspruch genommen und somit die nötigen Informationen zu Gesundheit, Gesundheitsverständnis, Gesundheitsförderung und Prävention nicht oder nur unzureichend aufgenommen und an die Kinder und ihre Familien weitervermittelt werden können.

Auch die Rahmenbedingungen in Bezug auf die Ausbildung erscheinen nicht sehr günstig: Das Thema Gesundheit von Kindern ist zwar Teil der Ausbildung von Erzieherinnen, bleibt dort jedoch häufig eng begrenzt auf die Themen Körperpflege und Verhaltensweisen bei Erkrankungen von Kindern und wird eher selten ganzheitlich aufgegriffen.

Ein weiterer Problembereich könnte eine gewisse Müdigkeit der Teams in den Einrichtungen gegenüber neuen inhaltlichen Anforderungen sein, waren sie doch in den vergangenen zehn Jahren gefordert, nicht nur die Integration von behinderten Kindern und von Kindern mit Migrationshintergrund umzusetzen, sondern auch die Nationale Qualitäts-offensive und die Programme zu Sprach- und naturwissenschaftlichen Themen – wobei gleichzeitig die Möglichkeiten von Teamarbeit und Vorbereitungszeiten, bedingt durch Sparmaßnahmen, weiter eingeschränkt wurden.

Mit der verstärkten Aufnahme von Kindern unter 3 Jahren in die Kindergärten steigen die Anforderungen an die Umsetzung von differenzierten gesundheitsförderlichen Arbeitsansätzen. Inwieweit diese Aufgaben in der Praxis hinreichend erfüllt werden können, erscheint fraglich, weil die dafür notwendigen Voraussetzungen (Reduzierung der Gruppengrößen, mehr Personal und fachliche Fortbildungen für diese besondere Aufgabe) nicht in allen Kindertagesstätten durchgesetzt wurden.

Auch die Bedingungen für die Umsetzung von mehr gesundheitsbezogener Chancengleichheit in Kindertagesstätten als Ort von Prävention und Gesundheitsbildung, wie sie die *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Gesundheit* (BMG 2008a) und der *Nationale Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland* (BMFSFJ 2005) vorsehen,

scheinen nicht überall günstig. Zwar besuchen die meisten Kinder zwischen 3 und 6 Jahren einen Kindergarten und können insofern dort erreicht werden, womit hier zumindest theoretisch gute Voraussetzungen für dieses Ziel vorhanden sind, diese müssen allerdings von den Erzieherinnen kompetent genutzt werden. Weniger erreichbar ist zudem vor allem in Westdeutschland die Altersgruppe der unter 3-Jährigen, da hier die Angebote eng begrenzt sind und aufgrund der sehr hohen Nachfrage vor allem Kinder mit berufstätigen Eltern aufgenommen werden, während Kinder aus sozial hoch belasteten Familien häufig kaum einen Zugang zu diesen Angeboten finden.

Hinsichtlich der Tagespflege gibt es großen Nachholbedarf, vor allem, was die Sicherung von Qualifizierungen in diesem Bereich angeht. Denn um Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Tagespflege zu verankern, muss das Thema Gesundheit erst noch überall Eingang in die grundlegende Fortbildung finden, über deren angemessenen Umfang allerdings zuerst einmal eine Einigung erzielt werden muss. Nur so können die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass alle Tagespflegepersonen genügend Verständnis für Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens von Kleinkindern entwickeln können. Ein weiterer Schritt zur Qualifizierung der Tagespflegepersonen läge in Unterstützungsnetzwerken. Sie sollten deren Isolierung aufheben, indem sie Arbeitsgruppen zur kollegialen Beratung ermöglichen, in die dann Fortbildungsinhalte einfließen könnten. Denkbar wäre auch eine Anbindung der Tagespflegepersonen an die Teams der Kindertagesstätten, ebenfalls mit dem Ziel der kollegialen Beratung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Themen Bewegung, Ernährung, soziale Kompetenz und Sprache konzeptionell in den Bildungsplänen gut verankert sind. Große Heterogenität zeigt sich jedoch bei der Ausgestaltung der Bildungspläne auf der Ebene des konkreten Handelns, so anhand von Praxisbeispielen für unterschiedliche Altersgruppen.

Auf der Ebene der Umsetzung gibt es derzeit, abgesehen von ausgewählten Modellprojekten, keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, wie diese Themen in die Praxis transportiert und dort umgesetzt werden und zu welchen Effekten es dadurch bei Kindern, Eltern und Erzieherinnen kommt.

Um bei den gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Kindertagesstätten und Tagespflege Nachhaltigkeit erreichen zu können, sollte die Fachpraxis und -diskussion auch die Eltern in den Blick nehmen und zudem gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für Erzieherinnen, die ja die Mittlerinnen des Themas Gesundheit sein sollen. Denn den Arbeitsbedingungen für Erzieherinnen wurde bisher in Projekten zur Gesundheitsförderung kaum Beachtung geschenkt, er bedarf jedoch endlich der nötigen Aufmerksamkeit und vielfach der deutlichen Verbesserung.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung besonders dann gelingen kann, wenn Ansätze, Konzepte und Interventionen nicht nur themenorientiert und isoliert durchgeführt werden, sondern in einen Gesamtkontext eingebettet sind, der über die Kindertagesstätte hinaus geht.

16.3 Schnittstellen

16.3.1 Ganztagesbetreuung im Grundschulbereich

Gesunde Entwicklung ist eine wichtige Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse (Paulus 2000; Paulus/Zurhorst 2001). Daneben ist in Schulen ein Auftrag zur Gesundheitsbildung, -erziehung und -förderung verankert, den die Bundesländer in ihren Schulgesetzen festgelegt haben. Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung sind in Deutschland integraler Bestandteil des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrags. In diesem Rahmen übernehmen einzelne Schulfächer (z. B. Sachkunde und Sport) eine Leitfunktion (Paulus 2008). Um nachhaltig wirksam werden zu können, brauchen schulische Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention Kooperationspartner aus den Bereichen Jugend-, Familien- und Sozialpolitik, die im Zusammenspiel robuste Unterstützungssysteme errichten.

Schulische Gesundheitsförderung, die sich dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung verpflichtet fühlt, zeigt einige Ähnlichkeiten zum Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe (Seifert 2002; Witteriede 2003; Homfeldt 2004; Homfeldt/Sting 2006), der im SGB VIII festgelegt ist und lautet, Heranwachsende in ihrer Entwicklung zu fördern, Benachteiligungen zu verhindern bzw. abzubauen und daran mitzuwirken, positive Lebensbedingungen aufrechtzuerhalten/zu schaffen (§ 1, (1, 3 4); § 2, (2) SGB VIII).

Eine gewisse Deckungsgleichheit zwischen schulischer Gesundheitsförderung und Kernaufgaben der Jugendhilfe besteht auch bezüglich der fachlichen Standards und Konzepte: (Salutogenetische) Ressourcenorientierung, Empowerment, Partizipation, Lebensweltorientierung und Integration sind in der schulischen Gesundheitsförderung wie in der Kinder- und Jugendhilfe Leitgedanken in der Ausgestaltung von (Hilfs-)Angeboten. Auf diese Weise ist ein erhebliches Synergiepotenzial (Paulus 2008) vorhanden, das sich zur Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung der schulischen Gesundheitsförderung und der schul- und gesundheitsbezogenen Jugendhilfe nutzen lässt (§ 13 (1 und 4) SGB VIII). Noch längst ist dieses Potenzial nicht ausgeschöpft, aber in Teilen auch noch gar nicht entwickelt (Witteriede 2003). Die gesetzlichen Grundlagen der potenziellen Zusammenarbeit von Schule und Jugendhilfe finden sich in den Schulgesetzen der Länder, in gemeinsamen Runderlassen, Bestimmungen sowie Ausführungsgesetzen des SGB VIII und weiteren Vorgaben. Es ist ein schwieriges Unterfangen, einen Überblick über diese Felder der Kooperationsformen/-projekte zwischen Jugendhilfe und Schule zu generieren, da beide Akteure sich nicht immer eindeutig zuordnen lassen (Paulus 2008).

Im Ganztags schulbetrieb bietet die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Schule neuartige Entwicklungsmöglichkeiten (Arnoldt u. a. 2007). Ergebnisse aus der empirischen Bildungsforschung im Ganztags schulbereich demonstrieren, dass sich Projekte zwischen Schule und Jugendhilfe im Feld der Gesundheitsförderung entwickeln konnten. Dies wird auch dadurch erleichtert, dass rund zwei Drittel der Schulen bei der Gestaltung des

Ganztagsangebots mit Kooperationspartnern zusammenarbeiten. Dies sind zumeist Sportvereine und verschiedene Träger der Jugendhilfe, die vor allem in Bezug auf Grundschulen eine herausgehobene Position als Kooperationspartner haben, da sie an etwa 70 Prozent der Schulen Angebote machen. Die Kinder- und Jugendhilfe profiliert sich dabei in zahlreichen Gebieten: Sie führt häufiger als andere Partner die Angebote im Bereich des sozialen Lernens durch (AGJ 2008c); es lassen sich aber auch Angebote zu den Themen Bewegung und Ernährung sowie Stressabbau und Kommunikation bzw. Konfliktbewältigung finden. Diese Vielfalt spiegelt sich sowohl in der Qualität als auch in der Komplexität der Ansätze wider: Sie reicht von einfach strukturierten verhaltenspräventiven Gesundheitsmaßnahmen über settingbezogenes Gesundheitsmanagement bis hin zur engen Vernetzung mit externen Akteuren (Paulus 2008). Allerdings erfolgt die Zusammenarbeit von schulischer Gesundheitsförderung und schulbezogener Jugendhilfe nicht bzw. nur vereinzelt auf einer so professionellen Stufe, dass eine Realisierung des Setting-Ansatzes der gesundheitsfördernden Schule möglich ist (Witteriede 2003). Dies liegt zum einen daran, dass die Zusammenarbeit von schulbezogener Jugendhilfe und schulischer Gesundheitsförderung durch allgemeine Schwierigkeiten der Kooperation von Jugendhilfe und Schule beeinträchtigt ist. Zum anderen ist zu konstatieren, dass Gesundheitsförderung als fachliche Perspektive und explizite Praxis in einer sich als ganzheitlich und lebensweltorientiert verstehenden Kinder- und Jugendhilfe bisher ein Schattendasein führt (Neubauer/Wilser 2005; vgl. Kap.15). Hingegen offeriert die Ganztagschule ein pädagogisches Handlungsfeld, das aber im Bereich der Gesundheitsförderung nicht optimal entfaltet ist. Die Ganztagschule kann aus gesundheitsförderlicher Perspektive einen homogenisierenden Effekt (Paulus 2000) zur Senkung gesundheitlicher Beeinträchtigung und zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit bei Heranwachsenden stärker akzentuieren und anstreben als die Halbtags(grund)schule, wenn es ihr gelingt, Betreuungsaufgaben zu integrieren. Dazu gehört der Blick auf Ernähren, Essen, Bewegen, Stressbewältigung im Sinne von Spannungsausgleich, kurzum der Blick auf körperbezogene Betätigungen, die auch in die Ganztagschule noch viel grundlegender zu integrieren sind (vgl. Homfeldt 2005).

Unter gesundheitswissenschaftlichen Gesichtspunkten ist erkennbar, dass der Wandel von Lernqualität und pädagogisch gestalteter Lernzeit in Ganztagschulen gesundheitliche Effekte auf den Gebieten Resilienzförderung und der Stärkung des Kohärenzgefühls der Schülerinnen und Schüler hat. Dieses Gefühl, bezogen auf die Wahrnehmung von Schule, Schulleben und Unterricht, ist ein salutogener Faktor für Aufrechterhaltung und Entwicklung psychischer Gesundheit (Paulus 2006). Wird Gesundheit so in die Schule eingegliedert und gelebt, stehen Maßnahmen der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in unmittelbarer Beziehung zum Anliegen der „guten und gesunden Schule“. Des Weiteren wird dadurch das Ziel verfolgt, in Zusammenarbeit mit außerschulischen Anbietern Heranwachsenden zu einem guten, gesunden Aufwachsen zu verhelfen. Gelingt dies, erhöht

sich die Wahrscheinlichkeit, (psychische) Gesundheit als Handlungsmaxime in die schulische Alltagskultur zu übernehmen und dort zu verankern (Paulus 2008).

16.3.2 Gesundheitssystem

16.3.2.1 Krankenkasse und Kindergarten

Die vom Arbeitskreis II der Spitzenverbände der Krankenkassen beschlossenen außerbetrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für 2008 und 2009 zielen insbesondere auf eine Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems und beziehen sich im Wesentlichen auf junge Familien und Alleinerziehende (Bödecker 2008). Hierbei stehen die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung sowie elterlicher Rauchverzicht im Vordergrund der Präventionsbemühungen. Verhaltens- und verhältnispräventive Aktivitäten in Kindergärten sollen zur Erreichung dieses Ziels innerhalb von 2 Jahren um 20 Prozent gesteigert werden. Im Bereich der Gesundheitsförderung werden keine konkreten Ziele benannt, vielmehr sollen die „salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausgeschöpft werden“, und zwar dadurch, dass die Anzahl der Kindertagesstätten mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit, an denen die gesetzlichen Krankenversicherungen beteiligt sind, in den nächsten 2 Jahren um 20 Prozent erhöht werden (ebd.).

Altgeld (2008) kritisiert, dass die Krankenkassen die Diskussion der letzten Jahre um die Kindergesundheit im Wesentlichen auf das Thema Vorsorgeuntersuchungen verengt und z. B. die neue Untersuchung U7 zwischen dem 2. und 4. Geburtstag sowie die J1 zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr neu eingeführt hätten (Bödecker 2008). Interessant dabei ist nach *Altgeld* vor allem die Tatsache, dass von den Krankenkassen für Vorsorgeuntersuchungen das Dreißigfache dessen investiert wird, was für Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen zur Verfügung steht. Dabei werden die Vorsorgeuntersuchungen in der derzeitigen Version selbst vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte kritisiert, weil sprachliche und das Sozialverhalten betreffende Entwicklungsdefizite durch das derzeitige Untersuchungssystem nur unzureichend erfasst werden können. Von den 3,30 Euro pro Versichertem, die die Kassen 2006 für Primärprävention ausgegeben haben, fließen nach *Altgeld* (2008) nur 18 Cent in lebensweltbezogene Gesundheitsförderung außerhalb von Betrieben (z. B. Schule, Kindergarten etc.). Von den so finanzierten settingbezogenen Aktivitäten fanden etwa 14 Prozent in Kindertagesstätten statt (ebd.). Der größte Anteil fließt weiterhin in individualpräventive Maßnahmen (z. B. Kurse), durch die Kinder und Jugendliche kaum erreicht werden.

Der von den Krankenkassen formulierte Leitfadensatz zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung betont wiederholt die Notwendigkeit, dass das pädagogische Personal auch motiviert ist, gesundheitsförderliche Aktivitäten umzusetzen. Nach *Altgeld* (2008) sei gerade dies jedoch bei den beiden größten von den Krankenkassen getragenen Präventionsprogrammen an Kindertagesstätten („*Tiger Kids*“ und „*Fit von klein auf – der Gesundheitskoffer*“) nicht hinreichend der Fall. *Altgeld* kritisiert weiter, Krankenkassen würden „monothematisch“ an Kindertages-

stätten herantreten und versuchen, z. B. einzelne „Modellprobleme“, also Themen, die aktuell eine hohe (mediale) Aufmerksamkeit genießen (derzeit Übergewicht und Bewegungsmangel, demnächst psychische Gesundheit), durch implementierte Prävention zu bearbeiten. Vermisst werden dabei eine „Kompetenzerhöhung vorhandener Strukturen in den Lebenswelten“ und die Vernetzung der einzelnen Themen untereinander. Aus der derzeitigen Situation lässt sich daher nicht erkennen, ob die Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag (§ 20 (1) SGB V), sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern, im Kindertagesbetreuungsbereich genügend nachgekommen sind.

16.3.2.2 Kooperation zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst, Ärzten/Zahnärzten und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes (KJGD) untersucht und berät subsidiär, (sozial)kompensatorisch und nicht therapeutisch meist in Teams vor Ort, z. B. in den Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder (Kindergarten, Schule). Dabei gehört Prävention traditionell zu den originären Aufgaben der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, die sich aber (auch heute) noch oft auf die Vermeidung von ansteckenden Krankheiten beschränken (vgl. Kap. 12.2). Prävention im erweiterten Sinne oder Gesundheitsförderung stellen ein relativ neues Arbeitsfeld des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) dar (Szagun/Walter 2006). Die Kooperation zwischen dem ÖGD und der Kindertagesbetreuung wird grundsätzlich über die bundeslandspezifischen Gesetze des ÖGD geregelt. Die Aufgaben des ÖGD werden bundesweit nur im Hinblick auf das Infektionsschutzgesetz einheitlich umgesetzt. Der ÖGD wird also immer dann federführend tätig, wenn in einer Kindertagesbetreuungseinrichtung vermehrt oder schwere Fälle von ansteckenden Krankheiten bekannt werden (z. B. Scharlach). Relativ einheitlich und flächendeckend wird auch die in § 21 SGB V geregelte Zahnprophylaxe umgesetzt. Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich im Rahmen ihrer Verpflichtungen zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach § 21 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) an der Finanzierung der „Arbeitsgemeinschaften Zahnpflege“, für die u. a. Prophylaxehelferinnen, Pädagoginnen sowie vom ÖGD gestellte Zahnärzte bzw. niedergelassene Zahnärzte tätig werden. In diesem Feld konnten in den letzten Jahren bereits erhebliche Erfolge hinsichtlich der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen festgestellt werden (Szagun/Walter 2006). Daneben sind die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes von Bundesland zu Bundesland je nach regionaler Bedarfslage sowie personeller und sachlicher Ausstattung unterschiedlich geregelt und werden meist als „Kann-Leistung“ erbracht (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. 2008).

In Niedersachsen ist z. B. gesetzlich festgelegt, dass der ÖGD zusammen mit Kindertagesstätten „zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung der Kinder hinzuwirken hat“ (§ 5, Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst). Im Saarland sollen „Untersuchungen zur

Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsstörungen in Ergänzung anderer Angebote in Kindertagesstätten durchgeführt werden (§ 8 im Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) Saarland). In Brandenburg heißt es in § 6 (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg): „Die Landkreise und kreisfreien Städte untersuchen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen alle Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat. Diese Untersuchung wird für Kinder in Tagesbetreuung grundsätzlich in der Kindertagesstätte durchgeführt.“ Bei einigen Bundesländern findet man auf der Gesetzesebene einen Passus, der auf die vornehmlich beratende und subsidiäre Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinsichtlich präventiver und/oder gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen verweist (z. B. in Nordrhein-Westfalen und Hamburg), in einigen Bundesländern ist die direkte Kooperation zwischen dem ÖGD und der Kindertagesstätte gar nicht verankert (z. B. Rheinland-Pfalz, Hessen, Bayern).

Die routinemäßigen Untersuchungen oder Impfungen der Kinder in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung finden heute ebenfalls nur noch in einzelnen Bundesländern, z. B. in Mecklenburg-Vorpommern statt. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass Impfungen eine Pflichtleistung der Krankenkassen darstellen und somit überwiegend von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. In einigen Bundesländern besteht jedoch auch eine Kostenübernahme der Krankenkassen, wenn der ÖGD Impfungen durchführt (Szagun/Walter 2006).

Als Beispiel einer gut gelungenen Kooperation zwischen Gesundheitsamt und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung sei das Netzwerk gesundheitsfördernder Kindertagesstätten und Schulen „*gesund und gscheit*“ in Baden-Württemberg genannt. Dieses auf Nachhaltigkeit angelegte Gesundheitsprogramm an 14 Kindertagesstätten in Stuttgart wurde und wird unter der Federführung (Koordination, Moderation, Beratung) des Gesundheitsamtes implementiert und gewann 2008 den deutschen Präventionspreis (Ohm/van Ackern 2008).

Fast bundesweit (außer in Bayern) werden von den Gesundheitsämtern auch flächendeckend die Schuleingangsuntersuchungen am Ende der Kindergartenzeit durchgeführt. Die Gesundheitsämter untersuchen zur Schule angemeldete Kinder mit dem Ziel, gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit oder die Teilnahme am Unterricht betreffende gesundheitliche Einschränkungen festzustellen. Vereinzelt wird jedoch gefordert, dass der ÖGD bereits im vierten Lebensjahr Untersuchungen durchführen sollte, damit vor Schuleintritt noch genügend Zeit für eine altersentsprechende Förderung bleibt.

Der ÖGD hat traditionell gute Zugangswege zu Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und könnte durch seine kommunale Verankerung verstärkt koordinative und initierende Funktionen hinsichtlich präventiver und gesundheitsförderlicher Programme und Ansätze übernehmen. Diese Stärke könnte insbesondere in Kindertagesstätten in Gebieten mit hoher sozialer Belastung gewinnbringend eingesetzt werden. Dabei wäre eine vermehrte Orientierung in Richtung Gesundheitsförderung wünschenswert

und hilfreich. Durch die Präsenz des Gesundheitsamtes in den Einrichtungen könnten auch Schwellenängste bei bildungsfernen Eltern vermindert sowie die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Ärzten, den sozialpädiatrischen Zentren sowie der Frühförderung gefördert werden.

Im Gegensatz zu der auch durch die verschiedene Landesgesetzgebung bedingte Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Aufgabenwahrnehmung im öffentlichen Gesundheitsdienst ist die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Kindertagesstätten sehr kurz darstellbar. Offiziell existieren nämlich keinerlei Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Kindertageseinrichtungen. Dort, wo Kooperationen zustande kommen, geschieht dies meist auf freiwilliger Basis aufgrund örtlicher Strukturen oder auch im Rahmen von Modellprojekten einzelner Krankenkassen. Die Leistung eines Vertragsarztes in einer Kindertageseinrichtung wird nicht vergütet, da das derzeitige GKV-System auf der freien Arztwahl fußt und ein Vertragsarzt in einer Kindertageseinrichtung diese freie Arztwahl nicht aushebeln darf. Vertragsärzte werden gelegentlich zu Vorträgen in Kindertageseinrichtungen eingeladen, dies geschieht aber ohne feste Strukturen auf freiwilliger Basis. Zusammen mit einzelnen Trägern von Kindertageseinrichtungen (z. B. AWO) gibt es Aktionen zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen, insbesondere in Regionen mit einem hohen Anteil an sozial schwachen Familien.

Welchen Stellenwert diese Zusammenarbeit aus der Sicht der Einrichtungen der Kindertagesbetreuung hat, wurde jüngst im Rahmen des DJI-Projektes „*Jugendhilfe und sozialer Wandel*“ erhoben. Befragt wurden 2007 bundesweit 1805 Kindertageseinrichtungen zur Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem. Dabei gaben knapp 30 Prozent der befragten Einrichtungen unter den drei wichtigsten Kooperationspartnern mindestens eine Institution aus dem Bereich der medizinischen Versorgung oder der Gesundheitsdienste an.

Die folgende Tabelle 16.3 gibt einen Überblick über Kooperationspartner von Kindertagesstätten in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention. Die Zusammenarbeit umfasst dabei einmalige Informationsveranstaltungen zu speziellen Gesundheitsthemen bis hin zu regelmäßigen, etablierten Kooperationen, die z. B. die Beratung des Fachpersonals oder Elternsprechstunden beinhalten. Bei den Kooperationspartnern, die streng genommen nicht alle zum medizinischen Sektor gehören, werden Ergotherapeutinnen, Krankengymnasten und Logopäden, der öffentliche Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendärzte, der kinder- und jugendpsychologische Dienst, Zahnärztinnen, Angebote von Krankenhäusern sowie die Zusammenarbeit mit sozialpädiatrischen Zentren genannt.

Mehrgenerationenhaus (MGH)

Das Mehrgenerationenhaus versteht sich als Beitrag zum Aufbau neuer Nachbarschaften mit Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten zwischen Jung und Alt und versucht somit eine Antwort auf die Veränderungen des sozialen Lebens zu geben. Im Mehrgenerationenhaus können Menschen verschiedenen Lebensalters von den jeweiligen

Tabelle 16.3

Ausgewählte Kooperationspartner von Kindertagesstätten in Bezug auf Gesundheit

	Keine Koopera- tion in %	einmalig in %	spora- disch in %	regelmä- ßig in %	Bewertung in Schul- noten in %	Häufig- keit der Note 6 in %	n
ÖGD	10,0	10,8	37,9	41,3	2,3	0,6	1698
Zahnärzte	20,4	16,0	15,5	48,1	2,2	1,7	1679
Frühförderung	20,4	3,5	34,7	41,3	2,0	0,7	1649
Erziehungsberatung	28,9	4,8	50,2	16,0	2,3	1,2	1583
Kinderärzte	43,7	7,0	39,4	10,0	3,2	8,5	1636
Sportverein	62,8	3,0	20,3	13,9	2,5	5,4	1529
Drogen/Suchtberatung	85,4	4,3	8,8	1,4	3,1	20,5	1457

Quelle: Gragert u. a. 2009)

Kompetenzen der Anderen profitieren (BMFSFJ 2008). Mehrgenerationenhäuser entwickeln sich meist aus unterschiedlichen Institutionen wie Kindertagesstätten, Familienbildungsstätten, Mütterzentren, Seniorenbildungsstätten/Seniorentreffs, Bürgertreffs, in Einzelfällen aber auch aus Privatschulen oder Sportvereinen. Anfang 2008 gab es in Deutschland 500 Mehrgenerationenhäuser, die ins „Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser“ des BMFSFJ aufgenommen wurden und somit die hieran geknüpften Kriterien (vgl. BMFSFJ 2008) erfüllten: Einbeziehung der vier Lebensalter von Kindern bis zu Hochbetagten, Generationen übergreifende Angebote, Kinderbetreuung, Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen „auf gleicher Augenhöhe“, Entwicklung einer Informations- und Dienstleistungs Drehscheibe vor Ort, Einbeziehung der lokalen Wirtschaft, offener Tagestreff mit Café/Bistro. Angebote und Kooperationen im Gesundheitsbereich zählen somit nicht zu den Voraussetzungen für die Aufnahme der Einrichtungen in das Aktionsprogramm.

Die Programme und Angebote der Mehrgenerationenhäuser werden nicht „Top down“ beschlossen, sondern ergeben sich aus den Ideen und Initiativen der Nutzerinnen und Nutzer, der „aktiven Laien“ sowie des Fachpersonals und schließlich aus den Ressourcen und Bedarfen des umgebenden Sozialraums. Die Kooperation mit Arzt- und anderen Therapiepraxen oder Gesundheitsdiensten etablieren sich entsprechend der Notwendigkeit und den lokalen Gegebenheiten. Vereinzelt kommt es durch die Vernetzung mit anderen Akteuren zu einer Zusammenarbeit mit Ärzten, sei es mit Kinder- oder Hausärzten, die in den Mehrgenerationenhäusern Vorträge halten oder auch in ihrer Praxis auf die Möglichkeit hinweisen, sich in einem Mehrgenerationenhaus zu engagieren. Vereinzelt werden auch Beratungsstunden, z. B. von Pro Familia, Hebammen usw. in den Mehrgenerationenhäusern abgehalten.

Familienzentren

Familienzentren oder Eltern-Kind-Zentren sind eine Angebotsform, die Bedarfe von Kindern, Eltern und Familien

in einem integrierten Konzept aufgreift. Mit dem Anschluss an zusätzliche regionale Angebote und eingebettet in lokale Strukturen kann ein breit gefächertes Unterstützungssystem aufgebaut werden, das für Familien leicht zugänglich ist, sie fördert und aktivierende Impulse im Gemeinwesen setzt (Diller 2006). Die Zentren bieten nicht nur Kinderbetreuung an, sondern sollen darüber hinaus „Knotenpunkt in einem neuen Netzwerk“ werden, der Kinder individuell fördert und Familien umfassend berät und unterstützt, insbesondere in der Phase der frühkindlichen Erziehung. Ziel ist die Zusammenführung von Bildung, Erziehung und Betreuung einerseits und Angeboten der Beratung und Hilfe für Familien andererseits (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen 2008). In den einzelnen Bundesländern existieren die niederschweligen Angebote eines Familienzentrums unter unterschiedlichen Namen in unterschiedlichen Organisationsformen, teils ehrenamtlich, teils staatlich initiiert und/oder gefördert.

Die Einbettung von Gesundheitsförderung und Prävention und eine entsprechende Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder niedergelassenen (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten wäre in diesem Sinne die konsequente Fortführung des Konzeptes. Repräsentative Untersuchungen, ob und wie Kooperationen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten umgesetzt werden, liegen nicht vor. Eine Befragung von 20 Einrichtungen ergab, dass einige Einrichtungen einen regelmäßigen Austausch mit dem Gesundheitsamt pflegen (Diller 2006). Der zuständige Arzt berichtet z. B. in den Teamsitzungen der Kindertagesstätte über Ergebnisse im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen der Kinder. Dieser Austausch soll dazu beitragen, ganzheitliche, Generationen übergreifende Angebote im Zentrum zu entwickeln. Konzeptionell ist die Kooperation zwischen Familienzentrums und Gesundheitsdiensten jedoch nicht verankert.

16.3.3 Frühförderung: Aufgaben, rechtliche Verankerung und Formen

„Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ist eine Aufgabe, die nur in fachübergreifender Zusammenarbeit angemessen erfüllt werden kann. Medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen sind dabei als unverzichtbare Bestandteile eines ganzheitlichen Konzepts zu sehen, in das die Familie einbezogen ist. Frühförderung schließt die Bereiche Früherkennung, Frühbehandlung, Früherziehung und Beratung ein. Früherkennung ist eine notwendige Voraussetzung für wirksame Hilfen. Frühförderung wendet sich immer an das Kind und die Familie sowie das weitere Umfeld. Darum soll sie in und mit der Familie stattfinden (Hausfrühförderung). Bei ambulanten Maßnahmen muss sie für die Familie in zumutbarer Zeit erreichbar sein (Wohnortnähe). Frühförderung als ganzheitliches und interdisziplinäres System von Hilfen umfasst folgende Angebote:

- Diagnostik,
- Therapie,
- Pädagogische Förderung,
- Beratung, Anleitung, Stützung der Eltern.

Die Förderung des Kindes umfasst medizinische, pädagogische und psychologische Leistungen. Beratung, Anleitung und Stützung der Eltern erfolgen sowohl individuell als auch in Gruppen. Differenzierte Diagnostik, Therapie und pädagogische Förderung sind in der praktischen Frühförderarbeit nicht voneinander zu trennen, bedingen sich gegenseitig und sind aufeinander bezogen. Eine systematische Entwicklungsförderung darf sich nicht im Training von Einzelfunktionen erschöpfen, sondern muss die Förderung der psychosozialen Entwicklung im Auge haben und Lernfähigkeit, Lernbereitschaft und soziale Kompetenz anbahnen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS 2005, S. 1).

Mit dieser Beschreibung hat der Gesetzgeber die Zusammenführung der Leistungen in der Frühförderung und ihre rechtliche Verankerung im SGB IX als zu erbringende Komplexleistung für die Altersgruppe der unter 6-jährigen Kinder mit (drohender) Behinderung vorgenommen.

Die rechtliche Verankerung von „Früherkennung und Frühförderung“ erfolgt in § 30 SGB IX, der dem Unterabschnitt „medizinische Rehabilitation“ zugeordnet ist. Die pädagogischen Leistungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) sind unter „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ (§ 55f. SGB IX) aufgeführt. Medizinische und heilpädagogische Leistungen müssen laut Gesetz als Komplexleistung erbracht werden (§ 30 (1) und § 56 SGB IX). Sie umfassen neben den medizinischen Leistungen nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische und psychosoziale Leistungen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen. Ziel der Komplexleistung ist es, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebens-

führung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 (1.4) SGB IX).

Frühförderung wird in Allgemeinen Frühförderstellen, unter die auch die Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) fallen, in speziellen Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erbracht.

Die Komplexleistung

In der Komplexleistung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt. Die Komplexleistung bildet die Grundlage für Leistungsvereinbarungen vor Ort. Sie wird erbracht durch „fachübergreifend arbeitende Dienste und Einrichtungen“ (§ 30 (1.1) SGB IX), wie sie in Sozialpädagogischen Zentren und in interdisziplinären Frühförderstellen angeboten werden. Die Leistungen erfolgen, soweit sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern (§ 30 (2) SGB IX). Beide, IFF und SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum), müssen die notwendigen personellen, fachlichen, räumlichen und sachlichen Anforderungen einschließlich eines gemeinsamen Konzeptes erfüllen (vgl. Höfer/Behringer 2008).

Die Interpretation dessen, was eine Komplexleistung ist und umfasst, ist in den Ländern unterschiedlich. So wurde in Bayern eine sogenannte „Zwei Kreuzchen-Regelung“ geschaffen, die sich auf die Vorgabe bezieht, dass jedes in der Frühförderung betreute Kind in den heilpädagogischen wie auch in den medizinischen Bereich einbezogen werden muss. Dies aber führt z. B. dazu, dass Kinder mit Behinderung, die in integrativen Kindergärten durch nicht zur Frühförderung gehörende Fachkräfte heilpädagogisch betreut werden, ihren Anspruch auf weitere Betreuung in der Frühförderung verlieren (vgl. unten den Abschnitt „Beteiligte Institutionen und deren Kooperationen“ in diesem Kapitel).

Anzahl und Familiensituation der betreuten Kinder

Mit Stichtag 31. Dezember 2006 erhielten 107 000 Kinder in der Bundesrepublik Deutschland Frühförderung. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer Versorgungsquote von 2,1 Prozent (vgl. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, ISG-Bericht 2008, S.156)

Aus einer Sonderauszählung der KiGGS-Daten geht hervor, dass Jungen mit besonderem Versorgungsbedarf¹³⁹ zwischen dem 3. und 10 Lebensjahr mit 13,1 Prozent fast doppelt so oft in Alleinerziehendenfamilien leben wie

¹³⁹ Ein besonderer Versorgungsbedarf wird im KiGGS dann konstatiert, wenn zumindest eine von fünf diesbezüglichen Fragen positiv beantwortet wird. Die Fragen beziehen sich auf medizinische und nicht medizinische Leistungen, die überzufällig häufig in Anspruch genommen oder benötigt werden, oder auf das Vorliegen von Funktionseinschränkungen im Alltag sowie von emotionalen, körperlichen oder Verhaltensstörungen (Scheidt-Nave u. a. 2007).

Tabelle 16.4

Überblick über Frühfördereinrichtungen nach Bundesländern

Land	Allgemeine FFstellen	Spezielle FFstellen	SPZ	Sonstiges
Baden-Württemberg	36 (37) IFF	-	15 (16)	332 (354) Sonderpädagogische Beratungsstellen
Bayern	129	13 (20)	13 (19)	19 heilpädagogische Fachdienste
Berlin	-	-	5	14 Kinder- u. Jugendambulanzen
Brandenburg	44	7	4	
Bremen	4 (0 bis 3 Jahre)	-	1	Ab 3 Jahren integrative FF in Kindertagesstätten
Hamburg	6 (0 bis 3 Jahre)	4	2	Ab 3 Jahren FF in integrativen Tageseinrichtungen
Hessen	44 (davon 14 IFF)	12 (pädagog. orientiert)	7	Heilpädagogische Fachberatung in Kindergärten
Mecklenburg-Vorpommern	28 (34 davon 4 IFF)	3 (davon 2 IFF)	2	
Niedersachsen	74	4	9	17 interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams
Nordrhein-Westfalen	107	16	33	
Rheinland-Pfalz	-	4	8 + 30 Außenstellen	Vereinzelte heilpädagogische FF freier Träger
Saarland	10	2	1	
Sachsen	40	2 (5)	6	1 audiologisch-phoniatrisches Zentrum
Sachsen-Anhalt	22	4	2	
Schleswig-Holstein	35 bzw. 60 ¹⁴⁰	2	2	
Thüringen	32	5	4	

Quelle: Expertise: Höfer/Behringer: Interdisziplinäre Frühförderung 2008, S. 21 (Stand 2006, Zahlen von 2007, soweit vorhanden, in Klammern)

Jungen ohne Versorgungsbedarf (7,0 Prozent). Bei den Mädchen ist dies Verhältnis nicht ganz so ausgeprägt: 12,6 Prozent der Mädchen mit Versorgungsbedarf kommen aus Alleinerziehendenfamilien gegenüber 7,9 Prozent der Mädchen ohne Versorgungsbedarf.

Bei den 11- bis 17-Jährigen steigt dann die Anzahl der Jungen ohne Versorgungsbedarf in Alleinerziehendenfamilien ebenfalls an, sodass sich die Unterschiede fast aufheben, bei den Mädchen mit Versorgungsbedarf im gleichen Alter liegt die Anzahl derjenigen aus Alleinerziehendenfamilien allerdings wieder fast doppelt so hoch (21,3 Prozent) wie bei den Mädchen ohne Versorgungsbedarf (11,7 Prozent).

¹⁴⁰ Höfer/Behringer verweisen darauf, dass die von Schleswig-Holstein gemachten Angaben widersprüchlich seien.

Anzahl der Frühförderstellen

Zum Jahresende 2006 existierten in Deutschland insgesamt 635 Allgemeine Frühförderstellen, 108 spezielle Frühförderstellen und 137 Sozialpädiatrische Zentren (vgl. Tab. 16.4).

Die Finanzierung der Frühförderstellen

Die Finanzierung erfolgt über die Sozialhilfe, die Jugendhilfe (§ 35a SGB VIII) und die Krankenkassen. 2003 erließ das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) auf der Grundlage von § 32 (1) SGB IX die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung FrühV), in der die Übernahme und die Teilung der Kosten durch die Rehabilitationsträger gemäß § 30 (3) SGB IX nochmals spezifiziert wurde. Inzwi-

schen liegen in 10 Bundesländern Rahmenempfehlungen, -vereinbarungen und -verträge vor, in denen allerdings nur zum Teil die Entgeltvereinbarungen enthalten sind. Diese müssen zwischen Kostenträgern und den Frühfördereinrichtungen verhandelt werden. Derzeit finden strittige Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern über strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen statt, da diese von den Frühfördereinrichtungen als unzureichend angesehen werden.

Der größte Anteil heilpädagogischer Leistungen wird von der Sozialhilfe getragen, lediglich ca. 10 Prozent der Frühfördereinrichtungen erhalten auch Kostenanteile von der Jugendhilfe, und zwar für die Leistungen, die sich auf psychisch behinderte Kinder beziehen (§ 35a SGB VIII). Ausnahmen bilden die Länder Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Brandenburg, hier beträgt der Anteil der Jugendhilfe an den Kosten der Frühförderung zwischen 40 und 45 Prozent, da hier entsprechende Zuständigkeitsregelungen getroffen wurden.

Beteiligte Institutionen und deren Kooperationen

Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren haben die Aufgabe und gesetzliche Verpflichtung, allen entwicklungsgefährdeten Kindern einer Region Behandlung und Förderung sowie deren Eltern Beratung und Begleitung anzubieten und zur Erfüllung dieses Auftrags mit allen dafür relevanten Stellen zu kooperieren. Die Zuordnung der Kinder ergibt sich aus den unterschiedlichen Leistungen beider Einrichtungen.

Mögliche Formen von Einrichtungen stellen die Allgemeinen (regionalen) Frühförderstellen dar, die eng mit überregionalen speziellen Frühförderstellen (für z. B. blinde und sehbehinderte oder für gehörlose und hörbehinderte Kinder) zusammenarbeiten. Ergänzend kann es dazu spezielle Frühförderdienste geben, die dem sonderpädagogischen Schulsystem angegliedert sind. Mit welchen Professionen Fachkräfte in den Frühförderstellen angestellt werden, ist sehr unterschiedlich. Es gibt solche mit ärztlicher Leitung und andere, in denen Therapie-Fachkräfte (Logopädie, Heilpädagogik, Physiotherapie) mit einer pädagogischen Leitung ein Team bilden.

Eine wichtige Säule der Frühförderung bilden die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, die u. a. die Aufgabe der interdisziplinären Eingangsdiagnostik übernehmen, sowie Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen; sie sind die wichtigsten Kooperationspartner der Fachkräfte in den Allgemeinen Frühförderstellen.

Eine dritte Säule stellen die Sozialpädiatrischen Zentren dar, die zum Teil auch als spezialisierte Kliniken oder Fachabteilungen für Neuro- und Sozialpädiatrie an Krankenhäusern organisiert sind. Sie sind überregional ausgerichtet und unterstützen und ergänzen bei schwierig gelagerten Fällen Diagnostik und Therapie. Im Gegensatz zu den Frühförderstellen, die vor allem ambulant und mobil arbeiten, bieten diese Zentren stationäre und ambulante Diagnostik, Therapie und Beratung. Sie sind zur Behandlung von Heranwachsenden bis zum 18. Lebensjahr be-

rechtigt, wenn sie unter ärztlicher Leitung stehen. Kooperationen mit den Allgemeinen Frühförderstellen gestalten sich mitunter schwierig oder sind durch Konkurrenzen behindert, da viele Fragen der Zusammenarbeit bisher nicht geklärt sind.

Weitere Kooperationen haben sich vor Ort über regionale Arbeitskreise entwickelt, in denen sich die Fachleute aller relevanten Angebote kennen lernen und wo die Aufgaben koordiniert und auf den konkreten Bedarf abgestimmt werden können. Eine in Bayern durchgeführte Untersuchung von *Gehres u. a.* (2001) weist darauf hin, dass sich bei Einrichtungen, die sich regelmäßig an den Arbeitskreisen beteiligen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Einbeziehung der Eltern verbessert und die Entscheidungsprozesse effektiver und transparenter gestaltet wurden. Weiter macht die Untersuchung deutlich, dass die Frühförderstellen einen hohen Vernetzungsgrad, auch zu den beteiligten Jugendämtern, aufweisen. Beispiele solcher Vernetzungen lassen sich in der Expertise von Höfer/Behringer (2008) nachlesen.

Frühförderstellen sind an einer Schnittstelle beteiligt, die bisher kaum beachtet wurde, die aber einen beträchtlichen Teil des Ineinandergreifens von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem ausmacht. Zum einen geht es hier um die fallbezogene Kooperation mit dem Jugendamt oder der Bezirkssozialarbeit (z. B. in Fällen, in denen Entwicklungsverzögerungen des Kindes mit einer hohen sozialen Belastung der Familien und Problemen wie Gewalt und Armut zusammentreffen). Eine solche Zusammenarbeit geht immer auch von der Frühförderung aus, die zur Koordinierung der Hilfen mit den Fachkräften des Jugendamtes in Kontakt tritt.

Ein zweiter wichtiger Bereich ist die Kooperation mit den Kindertagesstätten der Region. Kinder mit (drohender) Behinderung besuchen inzwischen überwiegend den Regelkindergarten (vgl. Kap. 16.2). Damit die Integration dieser Kinder gelingen kann, sind die Erzieherinnen auf die fachliche Unterstützung und Beratung durch die Frühförderstellen angewiesen. In einer Untersuchung in Mecklenburg-Vorpommern (Sohns 2001) gaben alle Frühförderstellen an, dass sie intensiv mit Kindertagesstätten zusammenarbeiten. Die Zugangsrate zur Frühförderung über die Kindertagesstätten beträgt hier 38 Prozent. Über das System der Kinder- und Jugendhilfe, speziell die Bezirkssozialarbeit, werden dort 47 Prozent der Kinder an die Frühförderung vermittelt.

Durch eine eigene Recherche (Dittrich/Bopp 2008) bei elf Frühfördereinrichtungen in fünf Bundesländern wurden 2 612 Kinder erfasst. Gefragt nach den Zugängen über den Kindergarten, gaben zehn der elf Einrichtungen an, dass ihnen zwischen 50 und 68 Prozent ihrer Kinder über den Kindergarten vermittelt werden. Die Frühförderinnen schätzen die Zusammenarbeit, die sich überwiegend bezieht auf die heilpädagogischen Therapien, die die Frühförderung in den Kindertagesstätten durchführt, überwiegend positiv ein. Zudem schätzen die Frühförderinnen die Möglichkeit der Beobachtung „ihrer“ Kinder in den Kindertagesstätten-Gruppen, da sie sich dort ein reales Bild von deren Entwicklungsstand machen können. Sie wer-

den auch zu spezifischen Themen der kindlichen Entwicklung allgemein in die Elternberatung der Kindertagesstätten einbezogen. Deutlich wird dabei, dass beide Berufsgruppen durch die Kooperation eine Erweiterung ihres Wissens über den Entwicklungsstand der Kinder erreichen können und diese Möglichkeit sehr schätzen.

Gleichzeitig ergeben sich für diese fruchtbare Kooperation bis heute Probleme daraus, dass die Frühförderstellen diese Tätigkeiten nicht in Rechnung stellen können, und die Erzieherinnen keine Unterstützung für die Kooperation in Form zusätzlicher Zeitkontingente erhalten. Sollte es über eine enge Auslegung der Komplexleistung Frühförderung künftig dazu kommen, dass Kinder mit Behinderungen, die heilpädagogische Hilfen in der Kindertagesstätte erhalten, deshalb von der Förderung in den Frühförderstellen ausgeschlossen werden, würde hier die bisher aufgebaute Qualität der Integration in den Kindertagesstätten wegbrechen. So fordern die befragten Frühförderinnen als Voraussetzung gelingender Kooperation vor allem klare Vertragsregelungen, in denen die Zusammenarbeit mit Erzieherinnen und Eltern und deren Beratung berücksichtigt werden.

Durch die Bereitstellung von Hilfen in den ersten Lebensjahren der Kinder kommt der Frühförderung eine wichtige präventive Funktion zu. Allerdings beginnt die Frühförderung erst dann, wenn bereits Auffälligkeiten bestehen. Der frühe Zugang für diejenigen Kinder, die aus sozialen Risikokonstellationen kommen und in ihrer Entwicklung gefährdet sind, erfolgt zwar vereinzelt über die Kooperation zwischen Kindertagesstätte und Jugendämtern, erreicht aber nicht alle entwicklungsgefährdeten Kinder.

Die Frühförderung führt Aufgaben und Leistungen des Gesundheitssystems und der Sozialhilfe sowie der Jugendhilfe zusammen und verhindert damit Doppelstrukturen, in denen Familien zwischen den Kostenträgern hin und her geschoben werden. Darüber hinaus schafft sie Synergieeffekte durch das ganzheitliche Wahrnehmen der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung der einzelnen Kinder: „Die Frühförderung als System mit ihrer intensiven Verzahnung der Leistungen aus dem medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Bereich einerseits sowie ihren Kooperationsbeziehungen zur Kinder- und Jugendhilfe andererseits kann damit auf Erfahrungen und Strukturen zurückgreifen, die aktuell in den Projekten früher Hilfen erst aufgebaut werden müssen“ (Höfer/Behringer 2008, S. 33).

17 Jugendalter

17.1 Jugendarbeit

Jugendarbeit in ihren vielfältigen Formen ist eines jener Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe, für die das SGB VIII ausdrücklich gesundheitliche Bildung als einen Schwerpunkt festschreibt (vgl. § 11 (3) SGB VIII). Weil mit dem Oberbegriff Jugendarbeit sehr unterschiedliche Angebotsformen zusammengefasst werden, soll im Folgenden auf die zwei wichtigsten Typen von Jugendarbeit näher eingegangen werden. In einem ersten Schritt wird der Blick auf die primär durch Mitgliedschaft und ehren-

amtliches Engagement geprägten Jugendverbände gelenkt, wobei angesichts des Themas dieses Berichtes der Sportjugend ein eigener Abschnitt gewidmet werden wird. Daran anschließend werden zusammenfassend die Angebote der offenen kommunalen und mobilen Jugendarbeit sowie der geschlechtsspezifischen Jugendsozialarbeit betrachtet.

Dieser notwendige Fokus lässt die vielfältigen Formen und Angebote kultureller, politischer und ökologischer Jugendbildung an dieser Stelle außer Acht. Es wäre ein eigener Arbeitsschritt notwendig, um die in den jeweiligen Arbeitsfeldern entwickelten Konzepte in die Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung einzuordnen.¹⁴¹

17.1.1 Verbandliche Jugendarbeit

Die Pluralität der Jugendverbandsarbeit wie auch die Vielfalt ihrer Inhalte und Angebote vor Ort machen es schwer, in Bezug auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zu klaren Aussagen zu gelangen. Ein Großteil der Praxis wird nirgends öffentlich differenziert dokumentiert. Zugänglich sind in beschränktem Umfang die offiziellen Selbstdarstellungen, teilweise die Beschlüsse der Gremien auf Bundes- und Landesebene sowie einzelne Aktionen, Programme und – seltener – öffentliche Kampagnen. Schon die vielfältige Praxis der Jugendleiterschulungen und -qualifizierungen ist nirgends systematisch mit ihren inhaltlichen Schwerpunkten beschrieben.¹⁴² Gänzlich unübersichtlich wird das Feld auf der Ebene der lokalen Gruppenangebote und -aktivitäten. Nur ausgewählte Aktionen erblicken dabei das Licht der Öffentlichkeit. Eine aktuelle Gesamtdarstellung des Feldes mit seinen inhaltlichen Schwerpunkten, etwa vergleichbar mit dem mittlerweile überholten Handbuch Jugendverbände (Böhnisch/Gängler/Rauschenbach 1991), gibt es derzeit nicht; systematische Darstellungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Angebote fehlen (als erste Annäherungen: Schlüter/Engelhardt 2007; Lambertin 2008).

Betrachtet man zunächst die zugänglichen Satzungen, Leitlinien und verbandlichen Konzepte, zeigt sich, dass bei einigen wenigen Verbänden das Thema Gesundheit als Schwerpunkt der eigenen Arbeit ausgewiesen wird.¹⁴³ Anders als z. B. beim Thema Gender Mainstreaming, das von vielen Verbänden in den letzten zehn Jahren zu einem Akzent der eigenen Arbeit gemacht wurde, gilt dies für den Themenkomplex gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung bislang nicht.

¹⁴¹ So gibt es beispielsweise aus der Sicht der Kommission eine Reihe von Berührungspunkten zwischen dem „Lernziel Lebenskunst“ (Bundesjugendkuratorium BJK 2001) und einem salutogenetischen Verständnis von Gesundheitsförderung.

¹⁴² Immerhin erscheint das Thema im Rahmen der Qualifizierung für die Jugendleiterinnen- und Jugendleiter-Karte (Juleica) in Form der Information zu Rechtsfragen im Bereich Jugendschutz, Sexualstraftat, fahrlässige Tötung sowie Hygiene- und Gesundheitsschutz und Schulung in erster Hilfe.

¹⁴³ So wird in den Leitsätzen des Jugendrotkreuzes das Thema „Einsatz für Gesundheit und Umwelt“ als einer von vier gleichgewichtigen Schwerpunkten herausgestellt. <http://www.djrk.de/leitsaetze.html>

Gleichsam eine Ebene tiefer lässt sich anhand der Verbandszeitschriften erkennen, dass gesundheitsbezogene Themen, vor allem Ernährung und Bewegung, immer mal wieder aufgegriffen werden.

Auf eine vergleichsweise lange Tradition der Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen Themen können einige Verbände im Bereich der Schulungen von Jugendleiterinnen und -leitern zurückblicken. So wird z. B. bei den *Falken* Sexualpädagogik als ein Inhalt der Ausbildung von Jugendgruppenleiterinnen und -leitern ausgewiesen.¹⁴⁴

Sieht man sich die Verbandspraxis genauer an, so ergibt sich, soweit diese überschaubar ist, ein vielschichtiges Bild.

- Vor allem in jüngerer Zeit mehren sich explizit gesundheitsbezogene Projekte und Aktionen, die von einzelnen Verbänden, zum Teil auf Bundes-, zum Teil auf regionaler Ebene, sowie von Jugendringen sowohl auf örtlicher wie auf Landesebene durchgeführt werden. Beispiele hierfür sind u. a. der 2008 vom *Bremer Jugendring* ausgeschriebene Förderpreis für beispielhafte Kinder- und Jugendarbeit mit dem Thema Prävention und Gesundheit in den Stadtteilen. Ausgezeichnet werden sollen „Projekte zur Lust am Leben, gesunden Ernährung, zum Stressabbau, zur Bewegungsförderung, Alltagsbewältigung, Anti-Mobbing oder Anti-Bullying“.¹⁴⁵ In ähnlicher Weise wurde vonseiten des *Bayerischen Jugendringes* ein Programm zur „Förderung von Aktivitäten der Jugendarbeit zum Thema Gesunde Lebensführung“ aus dem Kulturfond 2006 – 2009 der Bayerischen Staatsregierung aufgelegt.¹⁴⁶ Eine Reihe von Verbänden und Jugendringen beteiligen sich an der Jugendaktion der BZgA „Gut drauf“.¹⁴⁷ Im Mittelpunkt des Projektjahres 2006/2007 *Youth4Youth der Johanniter-Jugend* stand das Thema Gesundheit.¹⁴⁸ Schon auf eine etwas längere Geschichte, seit 1994, kann das Jugendrotkreuz mit seinem *Body & Grips-Mobil* zurückblicken, das zusammen mit einer Ersatzkasse durchgeführt wird. Angeboten wird ein mobiler Parcours mit 15 Stationen zu den Themen Bewegung, Ernährung, Identität und Beziehungen, Sexualität und Sucht, der Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit eröffnen soll, „sich spielerisch mit dem eigenem Körper und dem richtigen Gesundheitsverhalten auseinanderzusetzen.“

„Ergänzt wird der Parcours durch eine Ausstellung und Aktionen (z. B. in Form von Fitness-Tests).¹⁴⁹ Ein weiteres Beispiel ist der Leitfaden für die Kinder- und Jugendarbeit der Bund-Jugend Hessen „gesund durch die Freizeit“ (Rusch-Hübner/Hübner 2007).¹⁵⁰

Schon diese kleine Auswahl, die gar nicht erst beansprucht, einen vollständigen Überblick zu liefern, deutet an, wo die Schwerpunkte dieser Angebote liegen. In den meisten Fällen handelt es sich um unspezifische Formen der altersgruppenbezogenen Prävention und der allgemeinen Gesundheitsförderung außerhalb der Schule. Mit den pädagogischen, lebensweltnahen Mitteln der Jugendarbeit sollen die Mitglieder und Interessenten zu gesundheitlichen Fragen informiert, aufgeklärt und zu einer gesünderen bzw. im Fall von Alkohol, Drogen, Schwangerschaft und Aids sich selbst schützenden Lebensführung motiviert werden. Für einige Verbände fungiert dabei Gesundheitsförderung als Element ihres Verbandsprofils; bei anderen ist sie in unterschiedlich stark ausgeprägtem Umfang ein Thema neben anderen.

- Eine zweite immer wieder antreffbare Form gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit besteht darin, Gesundheitsthemen als integrale Momente anderer Thematiken zu behandeln. Sexualaufklärung und Aidsprävention erscheinen dann z. B. als Elemente eines halbjährigen Themenschwerpunktes „Liebe und Beziehungen“. Offenbar häufiger thematisiert werden Gesundheitsfragen im Kontext von Beschlüssen, Aktionen und Programmen, die auf eine stärkere Betonung der innerverbandlichen Geschlechtergerechtigkeit bzw. der Geschlechterdifferenz abzielen. Das Interesse, Bewusstsein für die Besonderheiten der beiden Geschlechter zu wecken, lenkt nicht selten die Aufmerksamkeit auf die differierten Körpererfahrungen und -inszenierungen und die mit ihnen ggf. einhergehenden Belastungen.¹⁵¹
- Dieser Versuch einer ersten Annäherung über die Aktivitäten der Jugendverbände im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung wäre unvollständig, würde man nicht darauf hinweisen, dass die tägliche Praxis vieler Jugendverbände unausgesprochen viele Momente gesundheitsbezogener Prävention und Förderung enthält, die, gerade weil sie selbstverständliche Praxis sind, entsprechende gesonderte Aktionen und Programme überflüssig machen. Die zum Teil langjährigen Traditionen in den Bereichen Rettung, Naturschutz und musische Bildung (vor

¹⁴⁴ vgl. <http://www.wir-falken.de/positionen/9176.html>

¹⁴⁵ Vgl. <http://www.bremerjugendring.de/>

¹⁴⁶ „Mit diesem Förderungsprogramm sollen innovative Formen der Jugendarbeit angestoßen werden, um jugendgerechte Wege gesunder Lebensführung aufzuzeigen und einen Beitrag zur Aufklärung über die Wirkungsweisen unterschiedlicher Gesundheitsgefährdungen zu leisten. Mit den Zuschüssen sollen auch niederschwellige Aktivitäten, sowie Maßnahmen und Projekte gefördert werden, die an den Lebenswelten und gesundheitlichen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen ansetzen. Damit soll das Selbstwertgefühl Jugendlicher gestärkt, [ihnen] vermittelt werden gesundheitsbewusster zu leben und Wege aufgezeigt werden die Gefährdungen im Alltag besser zu erkennen und mit ihnen adäquat umzugehen“ (vgl. http://www.bjr.de/foerderung/Aktivitaeten_Projekte/Gesunde_Lebensfuehrung.php).

¹⁴⁷ Vgl. <http://www.gutdrauf.net/index.php?sect=1&docid=001>

¹⁴⁸ Vgl. <http://www.johanniter.de/org/juh/amt/jugend/jjugend/machen/international/youth4youth/de294540.htm>

¹⁴⁹ Vgl. <http://www.djrk.de/bodygrips-mobil.html?&0=>

¹⁵⁰ Vgl. auch <http://gesund.bundjugendhessen.de>

¹⁵¹ So wurde – um nur ein Beispiel für viele andere zu zitieren – im Jahr 2003 das Präsidium der Bundesfrauenkonferenz des *BDKJ* aufgefordert, „die Ergebnisse des Wettbewerbs ‚Richtig wichtig – Wir Mädchen sehen das so‘ in der *BDKJ*-Frauen-Fachtagung erneut aufzugreifen und insbesondere zu den Themenfeldern Körperbewusstsein, Ernährung und Gesundheit, die Konsequenzen für die Mädchenpädagogik sowie für die Interessenvertretung zu erarbeiten. Vgl. http://www.bdkj.de/fileadmin/user_upload/pdf/Beschluesse/4_Maedchen_und_Frauenpolitik/4-14_Maedchen_Gesundheit.pdf

allem Tanz) sowie die zahlreichen schon lange üblichen Freizeitangebote wie Zeltlager, Fahrten und Touren eröffnen so vielfältige Erfahrungs- und Erlebnisräume, dass zusätzliche Aktionen in diesen Fällen Gefahr laufen, aufgesetzt zu wirken. Das gilt nicht für das gesamte Spektrum von Gesundheitsförderung, aber doch für so zentrale Bereiche wie Bewegung und Körpererfahrung, aber auch für soziale Einbettung und soziales Lernen.

- Eine dritte gesundheitsbezogene Dimension der Jugendverbandsarbeit wird sichtbar, wenn man sich vergegenwärtigt, dass Jugendverbände für viele Jugendliche als wichtige Orte wahrgenommen werden, an denen sie sich selbst als handlungswirksam erleben können. Zu einem nicht unerheblichen Teil macht dies – auch im Gegensatz zur Schule – die Attraktivität der Verbände aus.¹⁵² Wie wichtig aus salutogenetischer Perspektive diese Erfahrung der Selbstwirksamkeit für die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen ist, wurde in Teil A dieses Berichtes gezeigt.
- Eine wichtige Leistung der verbandlichen Jugendarbeit ist die in einigen Verbänden seit Langem fest verankerte Behindertenarbeit. Verbände wie die Deutsche Pfadfinderschaft St. Georg (DPSG), die auf eine über 40-jährige Tradition in diesem Bereich verweisen kann, das Jugendrotkreuz und andere verfügen über reichhaltige Erfahrungen mit integrativen Angeboten.¹⁵³ So stellt z. B. unter dem Motto „Leben ist mehr – Abenteuer Begegnung“ die Jahresaktion 2009 der DPSG Menschen mit seelischer Behinderung in den Mittelpunkt der verbandlichen Aufmerksamkeit: „Sie – und auch Menschen mit anderen Formen von Behinderung – in unserer Gesellschaft wahrzunehmen und die Begegnung mit ihnen zu suchen, ist eine Herausforderung für jede Gruppe der DPSG“ (DPSG 2008, S. 4).
- Inhaltlich wie auch in Bezug auf ihre Form sind diese Angebote und Leistungen der Jugendverbandsarbeit im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die weitgehend ehrenamtliche Struktur der Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter und die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft geprägt. Deshalb stoßen vor allem jene Themen auf Resonanz, die die Mitglieder besonders interessieren bzw. die auf ihre alterstypischen Interessen antworten. So ist es nicht überraschend, dass bei vielen Aktionen die Themen Bewegung, Körpererfahrung sowie das Erproben der eigenen Grenzen im Vordergrund stehen. Da gerade in der Altersphase, in der die Verbände den höchsten Anteil von Jugendlichen organisieren können, zudem die Entwicklung der eigenen Identität eng mit der Erfahrung des sich verändernden Körpers ver-

bunden ist, liegt es nahe, dass diese Themenkomplexe, zum Teil auch in ihrer geschlechtsspezifischen Bedeutung, immer wieder aufgegriffen werden.

- Zugleich ist aber auch festzustellen, dass die Themen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Jugendverbandsarbeit bislang nicht zu den Kernthemen und den Zielen in der täglichen Arbeit gehören. Noch wird die eigene Praxis kaum unter dieser Perspektive gedeutet. Gesundheit ist bisher kein eigenständiges Ziel von Jugendverbandsarbeit, sondern eher ein Mittel, um mit ihm die Zielsetzungen des jeweiligen Verbandes besser erreichen zu können. So ist körperliche Fitness z. B. eine wichtige Grundlage für das Üben der Feuerwehrtechnik. Hervorzuheben ist dabei, dass besondere Aktionen, Programme und Kampagnen stark von einzelnen engagierten Personen abhängen.
- Bei alledem ist zu berücksichtigen, dass, wie alle Erfahrungen und nicht zuletzt die wenigen einschlägigen Studien (Reichwein/Freund 1992; Homfeldt u. a. 1995; Fauser u. a. 2006 a/b; Lehmann/Mecklenburg 2006) immer wieder belegen, Mädchen und Jungen neben den Inhalten der Verbandsarbeit die Teilnahme bzw. Mitwirkung als für sie wichtig erleben, weil sie ihnen Gemeinschaft und Kommunikation ermöglichen. Gesundheit und gesundheitsbezogene Prävention stehen also aus der Sicht der Mitglieder zumindest nicht als solche an erster Stelle. Man wird – vermutlich mit Ausnahme der Sportjugend – nicht Mitglied eines Jugendverbandes, um gleichsam gesünder zu leben. Dies führt dazu, dass sich die Verbände auf einige Schutzfaktoren konzentrieren (Lambertin 2008, S. 24), wobei die jeweiligen Verbandstraditionen und Strukturen der Mitglieder wichtige vermittelnde Faktoren darstellen.

17.1.2 Sportjugend

Wenn es um Angebote der verbandlichen Jugendarbeit im Kontext von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung geht, darf das breite Spektrum an vereinsförmig organisierten Sportangeboten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene besondere Aufmerksamkeit beanspruchen. Deshalb sollen im Folgenden, obgleich unter Sportjugend wesentlich mehr zu verstehen wäre als die institutionalisierten Angebote der Sportvereine und -verbände als Träger der freien Kinder- und Jugendhilfe, diese im Zentrum der Ausführungen stehen. Neben dem Sportunterricht in Schulen¹⁵⁴ und den selbst organisierten sportlichen Aktivitäten in der Freizeit¹⁵⁵, stellen die Vereine zweifellos die wichtigsten Orte für die Sportbeteiligung Heranwachsender dar. Dabei bewegt sich die Beteiligungsquote von Kindern und Jugendlichen

¹⁵² Die vorliegenden Studien enthalten eine Reihe von Hinweisen zur Bestätigung dieser These. Wichtig sind dabei vor allem jene Studien, die aus der Sicht der Jugendlichen die Bedeutung der Verbandsarbeit für den eigenen Kompetenzerwerb sowie für die positive Erfahrung mit Selbstorganisation und Verantwortungsübernahme bezeugen (vgl. z. B. Düx/Prein/Sass/Tully 2008).

¹⁵³ Vgl. <http://www.dpsg.de/aktivitaet/behindertenarbeit>

¹⁵⁴ Der Sportunterricht an Schulen ist u. a. durch seine Funktion einer (oftmals) ersten Heranführung an Sport und sportbezogene Bewegung zentral.

¹⁵⁵ Diese selbst organisierten Formen sportlicher Betätigung zeigen sich „als ein Experimentierfeld für unkonventionelle Formen des körperlichen Ausdrucks und der Gemeinschaftsbildung sowie als Plattform für eigenwillige Bedeutungs- und Selbstsozialisationsprozesse“ (Schwier 2008).

bei institutionalisierten sportlichen Aktivitäten seit Längerem auf einem konstant hohen Niveau (Oppper/Wagner 2008; Schmidt 2003) und ist höher als bei den in einem Sportverein organisierten Erwachsenen (Bundesministerium des Innern, BMI 2006). Nach dem Ersten Kinder- und Jugendsportbericht entfällt der größte Anteil sportlicher Betätigung in der Freizeit auf institutionell organisierte Termine (zwischen 70 bis 80 Prozent) (Schmidt 2003). Nahezu 80 Prozent der Heranwachsenden haben bis zum Ende des Jugendalters eine Mitgliedschaft in einem Sportverein durchlaufen, wobei diese im Durchschnitt acht Jahre andauert (vgl. Gogoll u. a. 2003).¹⁵⁶

Obwohl sportliche Aktivitäten und Bewegung als „Kerngeschäft“ der Sportvereine an sich schon mit Gesundheit assoziiert werden können, ist die Perspektive der jugendbezogenen Sportvereine- und -verbände vor allem auf den primären Organisationszweck der Ermöglichung von Sport- und Bewegungsangeboten mit den dazu erforderlichen Rahmenbedingungen fokussiert (vgl. Baur/Braun 2000) und schließt nicht per se eine systematische gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung ein (vgl. Oppper 2002). So ist es nicht verwunderlich, dass sich das Feld der sportbezogenen Jugendarbeit und ihre Leistungen bezüglich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren sehr vielfältig, aber auch sehr uneinheitlich darstellt. Der zweite Kinder- und Jugendsportbericht konstatiert, dass die aufgesetzten gesundheitsbezogenen Programme und Initiativen der Jugendarbeit im Sport sich bisher als sehr heterogenes Feld mit unterschiedlichen Akteuren und unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen an gesundheitsbezogenen Angeboten zeigen (vgl. Schmidt 2008). Gleichwohl sind die Sportvereine „zu einem bedeutenden Laienhilfesystem in der Gesundheitsförderung herangewachsen“ (Oppper 2002, S. 18).

In vielen Vereinen wird inzwischen standardmäßig ein breites Repertoire im Bereich des Gesundheitssports ermöglicht, wobei es bisher keine zuverlässigen Zahlen darüber gibt, in wie vielen Vereinen bundesweit Gesundheitssport angeboten wird, wie hoch die Zahl der Angebote ist und wieweit sie von Kindern und Jugendlichen genutzt werden (vgl. Bös u. a. 1999; Oppper 2002).

¹⁵⁶ Bei der Einbindung in die Vereine zeigen sich geschlechtsspezifische Differenzen, wobei die Jungen in den Sportvereinen dominieren: Von den 7- bis 14-Jährigen sind es 74 Prozent der Jungen und 57 Prozent der Mädchen, von den 15- bis 18-Jährigen sind es 63 Prozent Jungen und 42 Prozent Mädchen, die in einem Sportverein aktiv sind. Für die Teilnahme am organisierten Sport sind neben dem Geschlecht auch andere soziodemografische Faktoren wie etwa der sozioökonomische Status, das Bildungsniveau, die Nationalität sowie die Siedlungsstruktur von Bedeutung (vgl. Bös/Worth u. a. 2008). Je höher der sozioökonomische Status der Eltern und das Bildungsniveau, desto höher ist die Vereinsbindung bei Kindern und Jugendlichen (vgl. auch ebd.; Fuhs 1996). Auch der Migrationshintergrund bei Kindern und Jugendlichen spielt bei den Vereinsaktivitäten eine Rolle. So sind Heranwachsende mit Migrationshintergrund weitaus weniger sportbezogen organisiert (vgl. Bös/Worth u. a. 2008). Insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Mitglied eines Sportvereins sind, um über 50 Prozent geringer als bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund.

Gesundheitsbezogene Schwerpunkterweiterung des organisierten Sports

Durch die Ermöglichung von sportlicher Aktivität und Bewegung sowie des Erlebens von Gemeinschaft und sozialer Unterstützung innerhalb des institutionalisierten Sports wurden gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zwar nicht als systematischer, aber doch gewissermaßen als integraler Bestandteil der Sportvereine und -verbände betrachtet. In einer Erziehung durch Sport, die auch als Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden und zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben gesehen wird, bieten sportliche Aktivitäten und Bewegung in dieser Lesart u. a. „Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Körper, mit Gesundheit und gesundheitsriskantem Verhalten, zur Entwicklung von Vertrauen in die eigene körperliche Leistungsfähigkeit ...“ und insgesamt für die Entwicklung einer „körperfundierten“ Identität, die durch das Vertrauen in die eigene Körperlichkeit mitgetragen wird“ (Baur/Braun 2000, S. 379). Die Entwicklung von Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Leistungsmotivation, einer gesunden Lebensführung sowie die Förderung prosozialen Verhaltens etc. werden nach dieser Begründungsart durch den organisierten Sport gewissermaßen en passant gefördert. Dieser (gesundheitsbezogene) Begründungszusammenhang prägte lange Zeit die gängige Praxis in den meisten Sportvereinen und -verbänden und wird auch noch heute vertreten im Leitbild der Deutschen Sportjugend (dsj) als größter freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe nach § 12 SGB VIII, unter deren Dach die Mehrheit der in der Jugendarbeit aktiven Sportvereine zusammengefasst sind. Die neuere Befundlage zeigt jedoch, dass Sport und auch institutionalisierte Sportangebote nicht automatisch gesund, persönlichkeits- und entwicklungsfördernd sind (vgl. Schmidt 2003; Brettschneider 2001), sondern dass ein gesundheitsförderliches Angebot einen spezifischen qualitativen Zuschnitt braucht. Dazu bedarf es nicht nur (gesundheits-)sportlicher Aktivitäten im Sinne einer Erziehung zum Sport, die eine Bindung an den Sport erhöht, sondern auch die Berücksichtigung bestimmter Faktoren, die eine explizite Gesundheitsorientierung in einem pädagogisch orientierten Sportsetting ermöglicht, wie z. B. die Art und Qualität des Vereinssports, die unterschiedlichen Anforderungen und Möglichkeiten der jeweiligen Sportarten sowie die konkrete Gestaltung des Trainings- und Wettkampfalltags. Sport(jugend)vereine als Setting der Gesundheitsförderung bedürfen damit nicht nur der Einrichtung von bestimmten Gesundheitssport-Angeboten, sondern erfordern als langfristiges Ziel die Umgestaltung des Sportvereins insgesamt zu einem „gesunden Verein“, was z. B. auf Gesundheit orientierte und qualifizierte Jugend sportleiterinnen und -leiter, die Bereitstellung adäquater Räumlichkeiten sowie Qualität sichernde Maßnahmen, z. B. die Festlegung bestimmter Qualitätsmaßstäbe von Gesundheitssportangeboten, einschließt (vgl. Brehm u. a. 2002).

Diese Einsicht sowie die große Nachfrage breiter Bevölkerungsschichten nach Fitness- und Gesundheitsangeboten innerhalb des organisierten Sports haben nicht nur zu

Veränderungen und weiterer konzeptioneller Entwicklungsarbeit der (Jugend-)Sportarbeit geführt, sondern insgesamt in den letzten Jahren die Diskussion um den Stellenwert von Gesundheit einerseits und Sportarbeit andererseits im Sportsystem belebt (vgl. Oppper 2002). Aufseiten der Anbieter und ihrer Förderer hat eine deutliche Akzentverschiebung von einer leistungs- zu einer gesundheitssportlichen Orientierung stattgefunden (vgl. Oppper/Wagner 2008). Auch die Kontexte der Jugendarbeit bzw. Jugendhilfe außerhalb der hier thematisierten Sportvereine, die lange Zeit wenige Berührungspunkte mit sportlicher Kinder- und Jugendarbeit aufwiesen, machen sich Sport als Medium zunehmend zunutze und bieten sportbezogene Projekte wie z. B. Mitternachtssport, offene Sportangebote innerhalb der Kinder- und Jugendarbeit sowie besondere Sportangebote für Mädchen an.¹⁵⁷ Auch hier wird Sport als methodischer Ansatz u. a. zur Gesundheitsförderung und Prävention gesehen und eröffnet gewissermaßen als Querschnittsaufgabe zwischen diesen unterschiedlichen Settings der Jugendarbeit (bzw. Kinder- und Jugendhilfe) ein neues gemeinsames Interesse (vgl. Klinkhammer 2008).

Viele der größeren Landessportbünde und Fachverbände setzen sich seit längerer Zeit mit Gesundheitssport auseinander, wobei Gesundheitssport definiert werden kann „als aktive und zweckbestimmte bewegungs- und sportspezifische Handlung und Maßnahme im Sinne regelmäßiger und systematischer Trainings- und Übungsprogramme, um die Gesundheit in all ihren Aspekten, d. h. somatisch wie psychosozial, zu fördern und zu erhalten (Präventivsport)“ (Schwenkmezger 1993). Gesundheitsförderung im Sportverein orientiert sich dabei auch am Salutogenese-Modell: Neben der Vermeidung und der Reduktion von Risikofaktoren, geht es entscheidend auch um die Entwicklung von Gesundheitsressourcen, die ein dauerhaftes Bedürfnis nach Sport und Bewegung sowie eine gesunde Lebensführung fördern. Ein gesundheitsbezogen ausgerichtetes Sportangebot unter dem Leitziel „Sport für alle“ bedarf dabei geeigneter Verhältnisse und Rahmenbedingungen, die Gesundheitsförderung erst ermöglichen (Oppper 2002).

Einen ersten Schritt in diese Richtung machte der *Deutsche Olympische Sportbund* (DOSB) Mitte der 1990er-Jahre mit seiner „*Gesundheitspolitischen Konzeption*“ (1995), in denen das Handlungsfeld „Gesundheit und Sport“ zu einer zentralen Zukunftsaufgabe der Sportverbände und -vereine erklärt wurde. Einen weiteren Schritt stellte die Einführung der Qualitätssiegel *Sport pro Ge-*

*sundheit*¹⁵⁸, *Sport pro Fitness*¹⁵⁹, *Pluspunkt Gesundheit*.DTB¹⁶⁰ und *Gesund & fit im Wasser*¹⁶¹ dar. Der organisierte Sport hat mit diesen Qualitätssiegeln eine Selbstverpflichtung zu hoher Qualität bei Angeboten zum Gesundheitssport im Verein abgegeben, er hat sich „zu einer zukunftsorientierten Prävention und Gesundheitsförderung“ bekannt und sich zudem verpflichtet, „die im Sport bestehenden Strukturen für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu nutzen und auszubauen“ (Deutsche Olympische Sportbund, DOSB 2006, S. 6). In der Sportlandschaft der Vereine und Verbände haben sich auf dieser Grundlage eine Reihe von speziellen Gesundheitsprogrammen herausgebildet, die qualifiziert angelegt sind, ganzheitliche Ziele verfolgen und auf einem modernen Verständnis von Gesundheitsförderung basieren.¹⁶² Bislang wurden ca. 14 000 Gesundheitssportangebote in rund 7 000 Vereinen mit dem Qualitätssiegel zertifiziert (ebd., S. 6).

¹⁵⁸ Die Qualitätssiegel sind im Jahre 2006 in Kooperation des Deutschen Olympischen Sportbunds mit der Bundesärztekammer entwickelt worden. Weitere Informationen unter www.sportprogesundheits.de. Sie sind auf Bundes-, Landes- und Vereinsebene verankert, sowohl im System der Spitzenverbände und Sportverbände mit besonderen Aufgabenstellungen als auch flächendeckend in den Landessportbünden.

¹⁵⁹ *Sport pro Fitness* ist ein relativ neues Qualitätssiegel des DOSB, durch das den Studionutzern eine Orientierungshilfe bei der Auswahl eines Fitness-Studios gegeben werden soll. Ein mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnetes Vereinsstudio soll über die Qualifikation des Personals, die Geräteausstattung und die Hygienestandards Auskunft geben. Weitere Informationen unter: <http://www.sportprofitness.de/>

¹⁶⁰ Der *Deutsche Turner-Bund* hat im Februar 1994 als erster Fachverband ein Qualitätssiegel, den Pluspunkt Gesundheit. DTB für gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote im Verein entwickelt, mit der Zielsetzung, flächendeckend qualitativ hochwertigen Gesundheitssport in den Vereinen anzubieten und diesen kontinuierlich zu verbessern. Weitere Informationen unter http://www.dtb-online.de/cms/download2.php/article_3991/3991/PP-Brosch%C3%BCre2008.pdf

¹⁶¹ Das Gütesiegel *Gesund & fit im Wasser* wurde bereits 1997 vom *Deutschen Schwimmverband* (DSV) entwickelt. Vereine können es beantragen, wenn mindestens zwei gesundheitsfördernde Sportangebote durch den Schwimmverein nachgewiesen werden. Neben dem Qualitätssiegel „*Sport pro Gesundheit*“, in dessen Entwicklung auch der DSV eingebunden war, blieb das bereits etablierte Gütesiegel des DSV „*Gesund und fit im Wasser*“ erhalten. Schwimmvereine und Schwimmabteilungen können seitdem beide Qualitätszertifikate erwerben. Weitere Informationen unter: www.dsv.de.

¹⁶² Im Sinne des *New Public Health* sollen die Angebote nicht nur präventiv wirken, d. h. Erkrankungen und Störungen verhindern helfen, sondern sich auch auf die Ausbildung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der einzelnen Nutzer und Nutzerinnen, sowohl in physischer, psychischer als auch sozialer Hinsicht konzentrieren. Dabei werden die Stärkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen, die Verminderung von Risikofaktoren, die Unterstützung zur Bewältigung von gesundheitlichen Beschwerden sowie die Verbesserung des Gesundheitsverständnisses angestrebt. Die Angebote müssen bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, wie ein zielgruppengerechtes Angebot, eine qualifizierte Leitung, eine einheitliche Organisationsstruktur, einen präventiven Gesundheitscheck, ein begleitendes Qualitätsmanagement sowie einen aktiven Gesundheitspartner-Sportverein. Des Weiteren müssen die Angebote auch zielgruppengerecht hinsichtlich eines bestimmten Angebotsprofils konzipiert (wie „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“, „Entspannung/Stressbewältigung“ oder „Allgemeiner Präventionssport“) und auf eine bestimmten Zielgruppe (Alter, Geschlecht, Bewegungsbiografie und Lebensumfeld) zugeschnitten sein.

¹⁵⁷ Bisher wurde zwischen sportbezogener Jugendarbeit und Jugendarbeit im Sport (Sportvereine) im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe aufgrund unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen unterschieden. Während die sportbezogene Jugendarbeit Sport als Medium der pädagogischen Arbeit mit anderen Wertstrukturen, Zielvorgaben, Teilnehmerbedingungen sowie Arbeits- und Beteiligungsformen betrachtet (siehe zum Thema z. B. die „Regensburger Traumfabrik“ oder den Marburger Verein zur Förderung bewegungs- und sportorientierter Jugendsozialarbeit), liegt bzw. lag der Fokus der Jugendarbeit im Sport mehr auf dem leistungs- und wettkampforientierten Sportbetrieb (Schulze-Krüdener 1999).

Gesundheitsbezogene Leistungen der Jugendarbeit im Sport

Betrachtet man zunächst die Leitlinien, Satzungen und Sportprogramme der einzelnen Landessportbünde und der angegliederten Sportjugenden, zeigt sich, dass das Thema Gesundheit jeweils sehr unterschiedlich gewichtet wird. Während einige der Sportjugendorganisationen explizit gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung systematisch(er) zum Thema machen und sich z. B. auch auf das Salutogenese-Modell beziehen, wird dies bei anderen Sportjugenden bzw. Landessportbünden eher implizit, z. B. durch die Benennung der Förderung von motorischen Fähigkeiten oder der Persönlichkeitsentwicklung zum Ausdruck gebracht. Wenn Gesundheit in den Dokumenten explizit angegeben wird, besteht wenig Einheitlichkeit hinsichtlich der verwendeten Begriffe, wie z. B. Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung oder auch Gesundheitsförderung.

Inhaltliche Handlungsschwerpunkte gesundheitsbezogener Jugendarbeit im Sport liegen vor allem auf Ernährung und Bewegung sowie Prävention (Sucht/Gewalt/Aids) (vgl. auch Bundesministerium des Innern, BMI 2006). Bei gesundheitsbezogenen Sportprogrammen und Aktionen sind auch jeweils recht unterschiedliche Ausgestaltungen und Schwerpunkte feststellbar. Während einige Sportjugenden Gesundheit nur implizit im Rahmen von Sport als Bewegungs- und als per se persönlichkeitsförderndes Mittel zum Thema machen, wird in anderen sportbezogenen Organisationen der Jugendarbeit Gesundheit in Form des präventiven, d. h. vor allem suchtpreventiven Gedankens oder bestimmter gesundheits- bzw. auch altersbezogener Schwerpunkte (z. B. Bewegungskindergärten) thematisiert. Andere Sportjugenden bzw. Landessportbünde machen Gesundheit explizit zu einem eigenständigen Thema und koppeln gesundheitspräventive mit gesundheitsförderlichen Elementen.

Im Rahmen der Sportjugend (dsj), der angeschlossenen Landessportbünde und ihrer Sportjugenden haben sich innerhalb des vom DOSB initiierten Projektes „*Sport und Gesundheit*“, sowie anderer Initiativen vielfältige Kooperationsnetzwerke entwickelt, z. B. mit Krankenkassen, Kindergärten, Schulen, Universitäten und Ministerien. Entstanden sind beispielsweise Projekte zur Suchtvorbeugung im Sportverein im Kontext der BZgA-Kampagne „*Kinder stark machen*“ oder der Jugendaktion „*Gut drauf*“, welche insbesondere auch in Kooperation mit den Sportvereinen und -verbänden das Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie Stressbewältigung von Heranwachsenden positiv beeinflussen will.¹⁶³ Neben präventiven Initiativen, wie sie z. B. im Rahmen der „Plattform

Ernährung und Bewegung“ (peb)¹⁶⁴ oder der Kommunikations- und Interaktionsplattform zur Aids-Prävention an Sportvereinen und -verbänden („*Initiative SportAIDs*“) des Kooperationsprojektes der BZgA und anderen Akteuren¹⁶⁵ initiiert wurden, startete die dsj auch eine „*Qualitätsoffensive: Jugendarbeit im Sport*“, die verschiedene Aktivitäten der Sportorganisationen bündelt.¹⁶⁶ Darin wurde in Zusammenarbeit mit der Sportjugend Niedersachsen eine Arbeitshilfe herausgegeben, die Hilfestellung und Orientierung bei der Qualitätsentwicklung der Sportangebote geben soll („*Eine Frage der Qualität – Jugendarbeit im Sport*“).¹⁶⁷ Neben anderen Qualitätsdimensionen wird auch das Thema Gesundheit als Qualität im Wissen und Handeln vor allem unter den Stichworten Prävention durch Sport, Risiken vorbeugen, Gesunderhaltung, Suchtprävention, Doping, Ernährung, Hygiene und Erste Hilfe behandelt. Im Vordergrund steht hier einerseits ein pädagogisches Verständnis, welches vor allem an der Erziehung durch Sport als Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden und der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben positive Effekte erzielen will. Zum anderen soll durch vereins- und verbandsübergreifende Kooperationen mit Gesundheitsexpertinnen und -experten aus Medizin, Krankengymnastik und Rehabilitation, mit der BZgA, der Sportberatung durch diplomierte Fachkräfte sowie den Eltern eine systematischere gesundheitsbezogene Sportjugendarbeit ermöglicht werden. Eine auf die Erziehung zum Sport ausgerichtete Programmatik und damit gewissermaßen eine Hinführung zu einer Lebensführung, die dauerhaftes sportliches Engagement bzw. einen gesunden Lebensstil insgesamt einschließt, wird zumindest nicht ausdrücklich thematisiert.

Betrachtet man die gesundheitsbezogenen Angebote und Projekte der Sportvereine in Bezug auf Handlungsschwerpunkte für bestimmte Altersgruppen, gibt eine (nicht repräsentative) Systematisierung in Bezug auf bewegungsbezogene Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention verschiedener Akteure von *Oppen/Wagner* (2008) einen ersten Überblick. Für die Altersgruppe der 6- bis 12-Jährigen stehen vor allem Programme der Ernährung und Bewegung im Fokus der Initiatoren, wie z. B. das Programm „*Schwer mobil* –

¹⁶³ Das Projekt wurde bereits mit der Sportjugend Hessen (seit 2000), der Sportjugend Nordrhein-Westfalen und ab 2003 über den Rhein-Sieg-Kreis von dem dortigen Kreissportbund besonders betreut und weiterentwickelt. Dabei standen Schulungen von Übungsleiterinnen und -leitern sowie die Durchführung und Evaluation von gemeinsamen Projekten mit Schulen und Einrichtungen der Jugendarbeit im Vordergrund.

¹⁶⁴ Die Plattform *Ernährung und Bewegung* (peb) will der Entstehung von Übergewicht von Kindern und Jugendlichen vorbeugen und wurde Jahre 2004 auf Initiative des damaligen Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft sowie von sieben weiteren Gründungsmitgliedern gegründet. Zu den Mitgliedern zählen heute wissenschaftliche Institutionen, Interessenvertretungen, gesellschaftliche Initiativen und eine Vielzahl an Unternehmen. Ein Expertenbeirat begleitet die Arbeit der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. mit wissenschaftlicher Expertise.

¹⁶⁵ Weitere Informationen zur AIDS-Prävention auf der Seite <http://www.gib-aids-keine-chance.de/aktionen/praevention/index.php>.

¹⁶⁶ Auf der Informationsplattform www.jugendprojekte-im-sport.de werden seit 2002 vorbildliche Projekte der Jugendarbeit im Sport gebündelt. Hier haben Sportvereine die Möglichkeit, eigene Projekte mit den entsprechenden Informationen und Daten einzustellen, sich Ideen für die eigene Arbeit im Verband oder Verein zu holen sowie Erfahrungen auszutauschen.

¹⁶⁷ Weitere Informationen zur Praxishilfe unter www.jugendprojekte-im-sport.de/downloads/qualitipp/qualitipp-dokumentation.pdf

übergewichtige Kinder in Bewegung, Spiel und Sport“ der Sportjugend Nordrhein-Westfalen, das Bewegungsangebot mit gezielter Ernährungsberatung koppelt, oder auch „*GOkids auf Schatzsuche*“ der AOK Hessen in Zusammenarbeit mit den Sportvereinen und der Universität Bayreuth, das vor allem auf die Stärkung physischer und psychosozialer Gesundheitsressourcen durch ein standardisiertes Bewegungsprogramm setzt. Bei den 12- bis 18-Jährigen spielt neben der Prävention von Übergewicht auch die Bewältigung von Stress und Beschwerden eine größere Rolle. In Programmen wie z. B. „*Aktion Kids in Clubs*“ der Sportjugend Hamburg wird dem Bewegungsmangel von Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien entgegengewirkt, die damit dauerhaft am Sport beteiligt werden sollen. Des Weiteren zielt beispielsweise das Programm „*Rückenfitness auf dem Pferderücken*“ der Sportjugend Nordrhein-Westfalen mit dem Provinzialverband westfälischer Reit- und Fahrvereine sowie der Universität Bielefeld auf das Training des Bewegungsapparates, den Abbau motorischer Defizite sowie auf die Steigerung der sozialen Kompetenz von Jugendlichen ab (vgl. Oppper/Wagner 2008).

Insgesamt bieten die Sportvereine den Heranwachsenden mit ihrem breiten und flächendeckenden Angebot an sportlichen Aktivitäten und Bewegungsmöglichkeiten eine wichtige Bühne für ihre physische, aber auch für die psychosoziale Entwicklung. Im Sport mit Gleichaltrigen können Kompetenzen, wie z. B. Lebenskompetenz (Selbstsorge, Selbstachtsamkeit, Selbstorganisation), Teamfähigkeit sowie Selbstvertrauen, aber auch Gemeinschaftsbildung gefördert und entwickelt werden (vgl. Sygusch 1999). In diesem Sinne sind Sportvereine auch als „gesundheitsförderndes Netzwerk“ für Kinder und Jugendliche (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ 2002, S. 225) anzuerkennen, in dem nicht nur Bewegung als ein körperliches Grundbedürfnis der eigenen Entwicklung eine zentrale Rolle spielt, sondern auch seine sozialisierende Funktion in Bezug auf die integrative Wirkung und die Bedeutung in der Kinder- und Jugendkultur. Zu nennen sind hier die jugendkulturell und szenorientierten Sportarten wie z. B. HipHop, Snowboard, Streetball etc., die als Trendsportarten mit hohem Attraktivitätsgrad für die Heranwachsenden Jugendkultur und Sport neu koppeln und damit Anknüpfungspunkte für die Vermittlung einer gesundheitsbewussten Lebensweise bieten.

„Vor allem der Wandel des Krankheitspanoramas hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen, die zum Teil durch Bewegungsmangel mitverursacht werden, spricht für eine stärkere gesundheitspolitische Inanspruchnahme des Sports und damit auch für eine stärkere Kopplung des Sport- und Gesundheitssystems“ (Oppper 2002, S. 2). Unter Beachtung verschiedener Qualitätsdimensionen und spezifischer struktureller Aspekte der sportbezogenen Jugendverbände bieten (Jugend-)Sportvereine insgesamt günstige Voraussetzungen für einen „gesunden Sozial- und Lebensraum“ und damit für ein Setting zur Gesundheitsförderung“ (vgl. ebd. 2002).

17.1.3 Offene und mobile Jugendarbeit

Unter Offener Jugendarbeit werden verschiedene, offen angebotene Handlungsfelder der Jugendarbeit subsumiert, die von den freien wie öffentlichen Trägern der Jugendarbeit gestaltet und bearbeitet werden. Neben den Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit, wie Jugendfreizeitstätten, Jugendhäusern, Jugendtreffs, Stadtteiltreffs, zählen auch weitere, offen angebotene Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen, unabhängig von ihrer Trägerschaft, zum Leistungsspektrum der Offenen Jugendarbeit. Für die Offene Jugendarbeit charakteristisch ist der „offene Betrieb“ in Jugendzentren und Jugendhäusern, der den Jugendlichen die Möglichkeit einräumt, Räume zu bestimmten Zeiten und nach bestimmten Regeln zu nutzen, mitzuverwalten und zu gestalten, ohne in irgendeiner Weise Mitglied sein zu müssen. Während Jugendlichen vor allem ein Forum für den Kontakt mit Gleichaltrigen geboten wird, besteht für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser offenen Einrichtungen gleichzeitig die Möglichkeit, mit einzelnen Jugendlichen oder Cliquen in Kontakt zu kommen, um Beratung und Hilfen anzubieten und für gezielte und verbindlichere Veranstaltungen zu werben (Freizeiten, Seminare, Projekte, Gruppenaktivitäten, Fahrten) (vgl. Hafenecker/Schröder 2005, S. 848).

Für alle Formen der gesundheitsbezogenen Aufklärung und Information sind die Einrichtungen der offenen kommunalen Jugendarbeit wichtige Orte der Dissemination. So findet man in vielen Einrichtungen Flyer, Infoblätter und Informationsbroschüren, abgestimmt auf Alter und Zusammensetzung der Besucherinnen und Besucher, z. B. zur Aidsprävention, zur Verhütung von ungewollten Schwangerschaften, zur Prävention von Drogen- und Alkoholmissbrauch. Darüber hinaus werden Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention in diesen Einrichtungen vor allem anlassbezogen durchgeführt oder weil entsprechende Anregungen von außen erfolgen. Beispiele hierfür sind Aktionswochen zur kritischen Auseinandersetzung mit Junkfood bzw. zu gesunder altersgerechter Ernährung und Bewegung, „hippen“ Alternativen zum Alkohol (alkoholfreie coole Cocktails) oder Informationsveranstaltungen gekoppelt mit Beratungsangeboten zur Aidsprävention. Ohne im engen Sinne als gesundheitspädagogische Angebote ausgewiesen zu sein, bieten darüber hinaus viele Einrichtungen immer wieder Sport- und Outdoor-Aktivitäten sowie erlebnispädagogische und andere programmergänzende Aktivitäten an, denen gesundheitsfördernde Effekte zugeschrieben werden können.

Dieser einerseits bestehenden Vielfalt gesundheitsbezogener Angebote und Aktivitäten in Jugendeinrichtungen entspricht jedoch auch ein jeweils recht unterschiedliches Verständnis von Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung. Dies wird auch daran deutlich, wie differently die Einrichtungen die Ziele ihrer Angebote, z. B. Ernährung, definieren, was sich z. B. auch im Rahmen einer der wenigen bundesweit zugänglichen jüngeren Erhebungen zu gesundheitsbezogenen Angeboten in Einrichtungen der offenen Jugendarbeit in Hamburg¹⁶⁸ zeigte. Wäh-

¹⁶⁸ Erhebung der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Gesundheit, Hamburg. Vgl. <http://www.gesundheitberlin.de>

rend bei einigen Einrichtungen in punkto Ernährung die reine Versorgung der Jugendlichen im Vordergrund stand, ging es anderen Anbietern eher um den bewussten Umgang mit Lebensmitteln und das Erlernen des Kochens, wieder anderen in einem erweiterten Verständnis um den Bezug dieses Themas zu sozialen Kompetenzen und Organisationsfähigkeiten.

Erst in den letzten Jahren beschäftigt sich auch die Fachdiskussion im Feld Offener Jugendarbeit systematischer mit dem Feld der Gesundheitsförderung (vgl. Gilles 1998). So haben sich, beispielsweise auf der Grundlage der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gestarteten Jugendaktion „Gut drauf“¹⁶⁹, einige Ansätze guter Praxis, etwa die Formulierung verbindlicher Qualitätsstandards zu den Schwerpunktthemen Ernährung, Bewegung und Entspannung für die Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit, etabliert, an der bereits einige Freizeiteinrichtungen in der Modellregion beteiligt sind. Mittlerweile haben sich neben der Modellregion Rhein-Sieg-Kreis auch andere „Gut-Drauf-Netzwerke“ gegründet, oder befinden sich zurzeit in der Gründungsphase (u. a. in Bayern, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt). Weitere beispielhafte Anknüpfungspunkte finden sich u. a. auch im Rahmen des Programms und in den Positionen der Arbeitsgemeinschaft „Haus der Offenen Tür“ für Nordrhein-Westfalen (2007)¹⁷⁰, die Gesundheitsförderung ausdrücklich als Ziele und Leistungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit festschreibt¹⁷¹, oder im Fachprogramm „Förderung von Aktivitäten der Jugendarbeit zum Thema *Gesunde Lebensführung*“ des Bayerischen Jugendrings.¹⁷²

Wirft man dagegen auch einen Blick auf die allgemeine Fachdebatte zur Offenen Kinder- und Jugendarbeit, wird zwar oftmals die primärpräventive Wirkung der Offenen Kinder- und Jugendarbeit auch in Bezug auf Gesundheit im Rahmen der Aufgabe von § 11 SGB VIII als Arbeitsprinzip betont. Eine explizite Benennung von Gesundheitsförderung als Zielkategorie Offener Kinder- und Jugendarbeit erfolgt jedoch in der Mehrzahl nicht. Auch in den von der Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork/Mobile Jugendarbeit e. V.¹⁷³ formulierten fachlichen Standards für das Arbeitsfeld Mobiler Jugendarbeit bleiben die Aussagen in Bezug auf den gesundheitsbildenden Auftrag eher vage. Demnach werden durch Streetwork und Mobile Jugendarbeit nützliche Hilfen zu praktischen Fragen, z. B. zur Gesundheitsfürsorge und Suchtberatung

gegeben oder vermittelt. Andere gesundheitsförderliche Elemente der Jugendarbeit werden nicht explizit als solche benannt, sondern, wie bereits erwähnt, implizit erbracht, denn zumeist ist Gesundheit – wie in der Jugendverbandsarbeit bereits erwähnt – nicht Ziel der Jugendarbeit, sondern Mittel.

Unter dem Vorzeichen von gesundheitsbezogener Prävention ist als eine besondere Form der kommunalen Jugendarbeit die Mobile Jugendarbeit als zielgruppen- und lebensfeldorientierter Jugendarbeitsansatz zu nennen, die insbesondere mit potenziell gefährdeten Jugendlichen, also z. B. arbeitslosen, suchtgefährdeten, aggressiven oder bereits delinquenzbelasteten Jugendlichen im Rahmen von gruppen- und einzelfallbezogener Arbeit (vgl. Keppeler/Specht 2005, S. 1123) Beratungs- und Hilfsangebote entwickelt (vgl. Jordan 2005, S. 131; Kros/Mierisch 1998, S. 381). Im Rahmen eines stadtteil-, bzw. sozialraum- und milieubezogenen Konzepts sollen Ausgrenzungsprozesse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen verhindert oder rückgängig gemacht werden, indem Ressourcen und Selbsthilfekräfte zur Lösung sozialer Probleme im Gemeinwesen genutzt werden (vgl. Keppeler/Specht 2005, S. 1223). Diese Projekte und Angebote Mobiler Jugendarbeit umfassen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen Angebote der Gesundheitlichen Versorgung, der Sucht-, Gewalt- und AIDS-Prävention, der Prävention von Teenagerschwangerschaften, der Förderung seelischer Gesundheit, der Stressbewältigung sowie eine medizinische Grundversorgung. Schwerpunkte sind dabei die Arbeit mit jungen Prostituierten und ihrem Umfeld und drogengefährdeten Jugendlichen, die zum Teil ohne festen Wohnsitz sind (vgl. Flick/Röhnsch 2008).

Zudem können die Übergänge zwischen mobiler Jugendarbeit bzw. Streetwork für Jugendliche mit dem „Lebensmittelpunkt Straße“ und teilstationären wie auch stationären Hilfen fließend sein, z. B., wenn dabei die Jugendlichen nicht nur an ihren Szene-Orten aufgesucht werden, sondern diese Arbeit auch in Anlauf- und Notschlafstellen stattfindet. Dort werden den Jugendlichen zum einen Beratungsangebote gemacht, zum anderen können sie gesundheitsbezogene Basisbedürfnisse befriedigen, d. h. duschen, Wäsche waschen, warme Mahlzeiten einnehmen oder auch einige Male übernachten. Angesichts des oft sehr schlechten Gesundheitszustandes dieser Jugendlichen und ihren reduzierten Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem bieten manche dieser Anlaufstellen auch eine gesundheitliche Erstversorgung durch einen medizinischen Dienst.

17.1.4 Geschlechtsspezifische Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit

Geschlechtsspezifische Jugendsozialarbeit bietet entsprechend § 9 Satz 3 SGB VIII Hilfen und Angebote für Mädchen und Jungen an, in denen geschlechtsspezifische Lebenskonzepte und Lebenslagen berücksichtigt und (gesellschaftliche) Benachteiligungen nach Möglichkeit abgebaut werden. Ganz überwiegend richten sich die Angebote an Mädchen/junge Frauen, es existieren mittlerweile aber auch – allerdings in weitaus geringerem Umfang –

¹⁶⁹ Vgl. www.gutdrauf.net

¹⁷⁰ Vgl. www.agot-nrw.de/upload/Positionspapier.pdf

¹⁷¹ Demnach sollen, in Kooperation mit Fach- und Beratungsstellen und in Orientierung an Projekten wie z. B. „Gut Drauf“ der BzGA, eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und Entspannung sowie die Vermittlung entsprechenden Wissens zur Arbeit der Offenen Kinder- und Jugendarbeit in Nordrhein-Westfalen gehören.

¹⁷² Das Fachprogramm soll einen wesentlichen Beitrag zur Verankerung des Themas Gesundheitsprävention in den Aktivitäten der Jugendarbeit leisten.

¹⁷³ Informationen im Internet unter www.bundesarbeitsgemeinschaft-streetwork-mobile-jugendarbeit.de/homepage/material/bagstandards2007.pdf

eigenständige geschlechtsspezifische Angebote und Maßnahmen für Jungen/junge Männer. Innerhalb dieses Rahmens befasst sich geschlechtsspezifische Jugendsozialarbeit mit dem Thema Gesundheit vor allem in Form von gesundheitsbezogener Information und Aufklärung. Im Rahmen der Mädchensozialarbeit geht es dabei vor allem um die Themen Sexualität, Verhütung, HIV-Infektion/Aids sowie Partnerschaft und Familiengründung. Zur Vermittlung dieser Inhalte werden Materialien von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwendet, die nicht nur in den Handlungsfeldern Jugendarbeit und Schule, sondern auch für die geschlechtsspezifische Jugendsozialarbeit nützlich sein können. Des Weiteren lassen sich auch Angebote identifizieren, die sich mit spezifisch weiblichen Gesundheitsaspekten beschäftigen: So geht es u. a. darum, bei Mädchen/jungen Frauen durch Information und Aufklärung Hemmschwellen in Bezug auf das Aufsuchen eines Gynäkologen abzubauen oder sich durch präventive medizinische Angebote (z. B. HPV-Impfung) vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen. Ein weiterer großer Themenbereich der gesundheitsbezogenen Information und Aufklärung in der Mädchensozialarbeit beschäftigt sich, ähnlich wie in der Hilfen zur Erziehung, mit Körperlichkeit, vor allem im Hinblick auf Essstörungen und Übergewicht. Durch zum Teil medial gestützte Information und Aufklärung (u. a. durch Verwendung von BZgA-Materialien) werden Mädchen und junge Frauen angeregt und ermutigt, sich mit dem eigenen Rollenbild, der Wahrnehmung eigener Körperlichkeit und mit dem gesellschaftlichen Schönheitsideal auseinanderzusetzen. Dadurch sollen Mädchen und junge Frauen auch für Symptome und Hintergründe der Entwicklung von Essstörungen sensibilisiert werden. Der weitaus größte Teil der Mädchensozialarbeit wendet sich an Mädchen/junge Frauen ab dem 12. Lebensjahr. Durchgeführt werden diese Angebote vor allem in altershomogen zusammengesetzten Kleingruppen in Mädchenhäusern oder anderen Angeboten der offenen Jugend(sozial)arbeit, sodass eine eindeutige Zuordnung dieser geschlechtsspezifischen Angebote zu den Arbeitsfeldern Jugendarbeit bzw. Jugendsozialarbeit nicht immer möglich ist. Inwiefern sich diese Angebote auch den spezifischen Lebenslagen von Mädchen/jungen Frauen mit Migrationshintergrund (insbesondere jungen Musliminnen) widmen, lässt sich im Rahmen dieses Überblicks nicht klären. Es ist aber davon auszugehen, dass sich derartige Angebote, soweit überhaupt vorhanden, mit großer Wahrscheinlichkeit vor allem in großstädtischen Ballungsräumen mit einem hohen Migrantenanteil an der Bevölkerung finden lassen. Gesundheitsbezogene Mädchensozialarbeit zielt durch Information und Aufklärung auf Empowerment und die Stärkung von eigenen Verwirklichungschancen ab.

Im Unterschied zur gesundheitsbezogenen Mädchensozialarbeit lassen sich für den Bereich der geschlechtsspezifischen Jugendsozialarbeit mit Jungen/jungen Männern keine so eindeutigen Trends formulieren, da Dokumentationen von Projekten und Maßnahmen für diesen Bereich weitestgehend fehlen. Wie in der Mädchensozialarbeit spielt auch in der gesundheitsbezogenen Jungensozialar-

beit das Thema Sexualität vermutlich eine bedeutende Rolle, wobei hier die jungenspezifischen Materialien der BZgA zur Verfügung stehen.

17.2 Hilfen zur Erziehung

17.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Personensorgeberechtigte haben dann Anspruch auf Hilfen zur Erziehung, wenn „eine dem Wohle des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung notwendig ist“ (§ 27 (1) SGB VIII). Mit Ausnahme der Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII) ist über Art und Umfang einer notwendigen und geeigneten Hilfe nach einer Feststellung des erzieherischen Bedarfs im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens (§ 36 SGB VIII) zu entscheiden. An dieser Entscheidung sind die Fachkräfte des Jugendamts, die Personensorgeberechtigten und nach Möglichkeit auch die Heranwachsenden beteiligt, ggf. werden Vertreterinnen und Vertreter der Schule, der Erziehungsberatung oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinzugezogen. Länger andauernde Hilfen sind regelmäßig zu überprüfen.

Nach § 27 kann die Hilfe zur Erziehung in unterschiedlicher Form und Intensität gewährt werden, wobei einige gängige Hilfeformen in den §§ 28 bis 35 SGB VIII im Einzelnen genannt werden. Generell wird unterschieden zwischen ambulanten Hilfen (Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII, Soziale Gruppenarbeit nach § 29 SGB VIII, Erziehungsbeistand oder Betreuungshelfer nach § 30 SGB VIII, Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII), teilstationären Hilfen (Tagesgruppen nach § 32 SGB VIII) und stationären Hilfen (Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII und Heimerziehung oder sonstige betreute Wohnformen nach § 34 SGB VIII). Dabei sollen ambulante und teilstationäre Angebote den Verbleib der Mädchen und Jungen in ihren (meist sehr belasteten) Familien sichern. Nach Fremdplatzierungen in Vollzeitpflege oder Heimen muss dagegen entschieden werden, ob sich die Herkunftsfamilien so stabilisieren konnten, dass eine Rückkehr der Kinder ohne weitere Gefährdung möglich ist. Eine weitere Hilfeform ist die Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung nach § 35 SGB VIII, deren Ausgestaltung sich ganz nach dem individuellen Bedarf richtet und eine ambulante Betreuung eines (zunächst noch) wohnungslosen Jugendlichen ebenso umfassen kann wie ein Reise- oder Standprojekt im Ausland (falls zunächst ein Abstand zum bisherigen Lebensumfeld als unabdingbar erscheint).

Festzuhalten ist aber, dass nach § 27 (2) SGB VIII die Hilfe entsprechend dem Hilfebedarf im Einzelfall ausgestaltet werden kann und soll, sodass auch andere als die explizit genannten Hilfeformen entwickelt oder auch verschiedene Hilfen kombiniert werden können (z. B. kann neben Sozialpädagogischer Familienhilfe noch ein Erziehungsbeistand für einen Jugendlichen eingesetzt werden).

Anders als bei der Kinder- und Jugendarbeit (vgl. Kap 17.1) findet sich in den Paragrafen, die Hilfen zur Erziehung betreffen, kein expliziter Auftrag zu Gesund-

heitsförderung oder zu gesundheitlicher Bildung, es ist aber davon auszugehen, dass die zum Teil sehr umfassenden Hilfen die Sorge für die Gesundheit der betreuten Mädchen und Jungen mit einschließen sollen. Lediglich in § 34 wird auf die Möglichkeit von nicht näher spezifizierter „Therapie“ verwiesen: Kinder und Jugendliche in stationären Angeboten sollen „durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten“ gefördert werden.

In allen Angeboten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe – und so auch in den Hilfen zur Erziehung – kann zudem die nach § 35a SGB VIII der Kinder- und Jugendhilfe obliegende Eingliederungshilfe bei (drohender) seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden, soweit gleichzeitig ein erzieherischer Bedarf gegeben ist und diese Angebote geeignet sind. Dabei sollen möglichst „behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden“ (§ 35a (4) SGB VIII). Da es für die Inanspruchnahme der Erziehungshilfen ausreicht, dass ein entsprechender „erzieherischer Bedarf“ festgestellt wurde, wird häufig darauf verzichtet zu prüfen, ob ggf. auch eine (drohende) seelische Behinderung vorliegt. Es muss hier offen bleiben, ob dieser Verzicht eher auf den damit verbundenen Aufwand zurückzuführen ist oder darauf, dass man den Betroffenen die mit dieser Diagnose verbundene Etikettierung ersparen will – zumal dann, wenn der mit dem § 35a verbundene potenzielle Anspruch auf eine geeignete Form der Therapie aus unterschiedlichen Gründen nicht eingelöst wird.

17.2.2 Entwicklung von Mitteln, Plätzen, Personal und Inanspruchnahme

Die Ausgaben für die Hilfen zur Erziehung insgesamt haben sich von 1992 (knapp 3 Mrd. Euro) bis 2006 (5,6 Mrd. Euro) gesteigert, sind allerdings seit 2003 kaum noch gestiegen (vgl. Tab. 11.1 in Kap. 11.1).

2005 wurden insgesamt knapp 187 000 ambulante Hilfen nach §§ 29 bis 31 SGB VIII durchgeführt (Pothmann/Fendrich a).¹⁷⁴ Die teilstationären Hilfen (Tagesgruppen nach § 32 SGB VIII) wurden 2005 in gut 16 500 Fällen genutzt, in Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) wurden 2005 knapp 60 000 und in Heimen und sonstigen Wohnformen wurden knapp 86 000 Kinder und Jugendliche betreut (vgl. Pothmann/Fendrich 2008).¹⁷⁵

In Bezug auf das Personal in den Hilfen zur Erziehung (2006: knapp 62 000 Beschäftigte auf knapp 47 000 vollen Stellenanteilen; vgl. Fendrich 2008) zeichnet sich zwischen 2002 und 2006 ein beachtlicher Rückgang der Vollzeitstellen ab, der für die stationären Hilfen (5,7 Prozent) sehr viel geringer ausfällt als für die ambulanten und teilstationären Hilfen (12,5 Prozent). Dies mag angesichts der wachsenden Fallzahlen in den ambulanten Hil-

fen erstaunen. Eine genauere Analyse ergibt aber, dass die Zahl der erfassten Beschäftigten sich kaum verändert hat, diese nun aber öfter nur noch in Teilzeit arbeiten. Zudem nimmt „der Einsatz von flexibel einsetzbaren Honorarkräften zu“ (Fendrich 2008, S. 11), die aber nicht unbedingt in der Statistik erfasst werden. Zudem zeigt sich, dass die durchschnittliche Stundenzahl pro Woche in den Erziehungsbeistandschaften, in der sozialen Gruppenarbeit und v. a. in der sozialpädagogischen Familienhilfe zwischen 2002 und 2006 deutlich abgenommen hat, was vermutlich mit erhöhten Leistungsanforderungen an das Personal einhergeht und auch mit „Blick auf die Leistungsfähigkeit der Hilfe kritisch betrachtet werden“ muss (Fendrich 2008, S. 11). Geht man nun davon aus, dass der Verzicht des Personals auf Festanstellung und Vollzeitstellen keineswegs immer freiwillig erfolgt und dass Überlegungen bzw. konkrete Maßnahmen zur Gesunderhaltung des Personals eher selten sein dürften, so erscheinen diese Bedingungen nicht gerade günstig für eine so intensive Auseinandersetzung mit den Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie in den Hilfen zur Erziehung notwendig erscheint. Dazu kommt noch, dass gut die Hälfte der Beschäftigten in den Erziehungshilfen bereits zwischen 40 und 60 Jahre alt ist und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 50 Jahren generell deutlich weniger an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) 2008). Weiter ist zu fragen, ob denn genügend gute Fortbildungen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention angeboten werden.

Im Jahr 2007 wurden in Deutschland gut 42 100 Hilfen zur Erziehung für Familien, Heranwachsende und junge Volljährige neu begonnen. Dabei sind in den Hilfen zur Erziehung (ohne die Erziehungsberatung) Klienten, die zur Sicherung ihres Lebensunterhalts zumindest teilweise auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind, mit insgesamt 59 Prozent deutlich überrepräsentiert, während dieser Anteil in der Erziehungsberatung nur 16,5 Prozent beträgt (Kolvenbach/Pothmann 2008). Offenbar sind also von (drohender) Armut geprägte Lebenslagen – besonders bei Alleinerziehenden – verstärkt mit der Notwendigkeit verbunden, die Familien bei der Erziehung durch intensive Hilfen zu unterstützen.

Andererseits wurde bei den im Zusammenhang mit diesem Bericht durchgeführten Hearings von Fachleuten bemängelt, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, die nach den Ergebnissen von KiGGS einerseits häufig von (drohender) Armut, andererseits besonders stark von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind (vgl. Teil B), in den Erziehungshilfen und in der Jugendpsychiatrie unterrepräsentiert seien. Dass sie rechtzeitig deutlich mehr Hilfen bräuchten, zeige sich u. a. daran, dass in einem späteren Lebensalter junge Männer mit Migrationshintergrund in Haftanstalten überrepräsentiert seien. Dies wird zum einen auf mangelnde personelle Kontinuität in der Fallzuständigkeit, das weitgehende Fehlen von Hilfen aus einer Hand, den Mangel an muttersprachlicher Beratung durch Fachkräfte bzw. an qualifizierten Dolmetscherdiensten zurückgeführt. All dies wäre aber wichtig, um den Migranten die einzelnen Instanzen

¹⁷⁴ Vgl. www.akjstat.uni-dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6

¹⁷⁵ Vgl. www.akjstat.uni-dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6

und Hilfesysteme transparent zu machen. Diese seien für sie oft undurchschaubar und ihr Misstrauen sei sehr hoch, da sie Kontrolle und Datenweitergabe auch z. B. bei Beratungsstellen befürchteten, obwohl diese Angst dort völlig unbegründet sei. Auch die Hilfeplanung und Hilfewährung bleibt für Familien mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen oft unverständlich. Das kann dazu führen, dass die Hilfeverträge nicht unterschrieben oder begonnene Hilfen bald wieder abgebrochen werden. Diese und andere Faktoren tragen dazu bei, dass in Deutschland der Anspruch auf Hilfen zur Erziehung für Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen immer noch nicht ausreichend umgesetzt wird, obwohl die Relevanz von Hilfen zur Erziehung für Prävention und Gesundheitsförderung auf der Hand liegt.

In Bezug auf das Personal in den Hilfen zur Erziehung zeichnet sich zwischen 2002 und 2006 ein beachtlicher Rückgang der Vollzeitstellen ab, der für die stationären Hilfen (5,7 Prozent) sehr viel geringer ausfällt als für die ambulanten und teilstationären Hilfen (12,5 Prozent). Dies mag angesichts der wachsenden Fallzahlen in den ambulanten Hilfen erstaunen. Eine genauere Analyse ergibt aber, dass die Zahl der erfassten (nun aber öfter nur noch in Teilzeit) Beschäftigten sich kaum verändert hat und dass zudem die Hilfen verstärkt von „flexibel einsetzbaren Honorarkräften“ (Fendrich 2008, S. 11) erbracht werden, die aber nicht unbedingt in der Statistik erfasst werden. Zudem zeigt sich, dass die durchschnittliche Stundenzahl pro Woche in den Erziehungsbeistandschaften, in der sozialen Gruppenarbeit und v.a. in der sozialpädagogischen Familienhilfe zwischen 2002 und 2006 deutlich abgenommen hat, was vermutlich mit erhöhten Leistungsanforderungen an das Personal einhergeht und auch mit „Blick auf die Leistungsfähigkeit der Hilfe kritisch betrachtet werden“ muss (Fendrich 2008, S. 11). Geht man nun davon aus, dass der Verzicht des Personals auf Festanstellung und Vollzeitstellen keineswegs immer freiwillig erfolgt und dass Überlegungen bzw. konkrete Maßnahmen zur Gesunderhaltung des Personals eher selten sein dürften, so erscheinen diese Bedingungen nicht gerade günstig für eine so intensive Auseinandersetzung mit den Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie in den Hilfen zur Erziehung notwendig erscheint. Dazu kommt noch, dass gut die Hälfte der Beschäftigten in den Erziehungshilfen bereits zwischen 40 und 60 Jahre alt ist und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 50 Jahren generell deutlich weniger an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) 2008). Weiter ist zu fragen, ob denn genügend gute Fortbildungen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention angeboten werden.

17.2.3 Gesundheitssituation der Nutzer und Nutzerinnen

Es gibt zwar keine Statistiken zum Gesundheitsstatus des Klientels der Erziehungshilfen zu Beginn und Ende der Hilfen, doch lassen schon die in Teil B präsentierten Daten erwarten, was verschiedene Studien bestätigen: Die

Kinder und Jugendlichen in Erziehungshilfen sind in aller Regel gesundheitlich überdurchschnittlich stark belastet, wobei psychosoziale Auffälligkeiten wie Aggressivität und Delinquenz, zudem Teilleistungsstörungen sowie psychosomatische Beeinträchtigungen wie u. a. Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten oder Suchtmittelmissbrauch im Vordergrund stehen, aber teilweise auch (drohende) seelische Behinderungen im Sinne von § 35a SGB VIII festgestellt wurden (Fegert/Besier 2008). Diese geschlechtstypisch unterschiedlich ausgeprägten Auffälligkeiten werden in engem Zusammenhang mit psychosozialen Risikofaktoren gesehen, die oft den Anlass für die gewährten Hilfen bilden, wie die Erfahrung von Vernachlässigung und (sexueller) Gewalt, psychischen und Suchterkrankungen der Eltern, dysfunktionalen Familienbeziehungen sowie von weiteren Belastungen in Familie, Schule und sozialem Umfeld (vgl. Teil B sowie Fegert/Besier 2008). Dabei steigen nach *Burns* (2004, zitiert nach Fegert/Besier 2008) mit der Intensität der Maßnahmen auch die Auffälligkeiten der Kinder, bzw. erfordert ein höheres Maß an Auffälligkeiten eine intensivere Hilfe, bis hin zur Fremdplatzierung. Allerdings stellt die Unterbringung außerhalb der Herkunftsfamilie in aller Regel (zunächst) eine zusätzliche Belastung für die Kinder und Jugendlichen dar. Eine aktuelle psychiatrische Untersuchung in 20 stationären Einrichtungen ergab, dass bei knapp 60 Prozent der knapp 700 einbezogenen Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren (davon 70 Prozent Jungen) mindestens eine klinisch relevante psychische Störung diagnostiziert wurde und bei vielen der Heranwachsenden sogar komplexe, schwer behandelbare Störungsbilder vorlagen (Schmid 2007). Dass sich nur 42 Prozent der Heranwachsenden in „irgendeiner Art von psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung“ befanden, wird von *Fegert/Besier* als „eklatante kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung“ (ebd., S. 21) bewertet. Die Analyse der Akten von 125 Mädchen und Jungen (von 12 bis 17 Jahren) in teils geschlossenen Gruppen ergab, dass 75 Prozent von ihnen vorher schon in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung waren. Ihre oft mit wiederholten Abbrüchen von Maßnahmen und Schul-, Orts- sowie Bezugspersonenwechseln verbundene „Hilfekarriere“ dürfte ihre Probleme noch verschärft haben (Hoops/Permien 2006; Köttgen 2007). Bei „besonders schwierigen“ Kindern und Jugendlichen kann es sich also um „Grenzgängerinnen“ und „Grenzgänger“ handeln, die dringend einer gut ineinander greifenden Hilfe vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürften, ohne diese immer zu bekommen (Fegert/Schrappner 2004; Hoops/Permien 2006) (vgl. Kap. 17.5). Aber auch vielleicht bisher unerkannte und unbehandelte Erkrankungen und Beeinträchtigungen (wie z. B. Seh- oder Hörschäden, Minderbegabung) dürfen von den Fachkräften in den Erziehungshilfen nicht übersehen werden.

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Kinder und Jugendlichen sind oft ebenso vielfältig und miteinander verwoben wie ihre möglichen Ursachen. Daher ist es

zwar möglich – etwa anhand des internationalen Störungsmanuals ICD 10¹⁷⁶ – einzelne Auffälligkeiten und Störungen zu beschreiben, oft aber unmöglich, diese auf isolierte Ursachen zurückzuführen oder ihnen die eindeutig richtige Hilfe oder Therapie zuzuordnen. Und es dürfte auch wenig Aussicht auf Erfolg haben, diese Probleme unabhängig von ihrem Kontext behandeln zu wollen.

In nicht wenigen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass die – sehr verschiedenen – Auffälligkeiten dieser Kinder und Jugendlichen Folgen von Bindungsstörungen und sequentieller Traumatisierung (Jaritz/u. a. 2008) sein können und von daher einer speziellen „Traumasensibilität“ bzw. „Traumapädagogik“ und eines besonders achtsamen Umgangs mit Nähe und Distanz bedürfen (vgl. Kap. 19.2). Diese Erkenntnis verbreitet sich, ausgehend von der noch jungen Disziplin der Traumatherapie, derzeit gerade in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. vereinzelte Fortbildungsangebote, z. B. Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) 2008 und Beiträge in Fachzeitschriften (Uttendörfer 2008, Wolf 2008) oder auch Themenhefte wie jüngst in der Bremer Zeitschrift „Spielräume“ 40/41 2008). Sowohl die Verhaltensauffälligkeiten betroffener Kinder und Jugendlicher als auch ihre speziellen Ressourcen sind als Ausdruck von Überlebensstrategien zu erkennen und anzuerkennen, die allerdings ihre Funktionalität in anderen als den bisherigen Kontexten verlieren und dort dysfunktional erscheinen. Sie können von traumatisierten Heranwachsenden aber nur aufgegeben bzw. verändert werden, wenn die Hilfen zur Erziehung ihnen als „sicherer Ort“ (Metzmacher u. a. 2008) und die Helfenden als so vertrauenswürdig erscheinen, dass die Kinder und Jugendlichen an innerer Sicherheit gewinnen und ihr „nonverbales Agieren ... mit Sprache gefüllt werden“ kann (Köttgen 2007, S. 33) – ein Prozess, der oft viel Zeit und Geduld braucht.

Doch auch unabhängig von spezieller Traumapädagogik versuchen die Hilfen zur Erziehung seit Langem – ganz im Sinne einer Lebensverlaufsperspektive –, die Nutzer und Nutzerinnen der Hilfen zur Erziehung mit ihren Problemen, aber auch mit ihren Stärken und Ressourcen in ihren biografischen und sozialen Kontexten wahrzunehmen und ihren besonderen Bedarfen entgegenzukommen. Denn diese Hilfen sind zumindest so konzipiert, dass sie einen möglichst sicheren und verlässlichen Rahmen und eine pädagogische Beziehung bieten bzw. schaffen, in dem die Mädchen und Jungen befähigt werden können, Handlungsalternativen und Selbstwirksamkeit zu entwickeln. Insofern bemühen sich Erziehungshilfen immer auch um „Verhältnisprävention“ und richten sich nicht ausschließlich auf Verhaltensänderungen der Kinder und Jugendlichen.

17.2.4 Gesundheitsförderung und Prävention in den Hilfen zur Erziehung

Um Aussagen über konkrete Ansätze zu Gesundheitsförderung und Prävention in dem unübersichtlichen Feld der

Erziehungshilfen in ihrer Vielfalt machen zu können¹⁷⁷, wurden neben allgemein zugänglichen Quellen auch einige der im Rahmen dieses Berichtes in Auftrag gegebenen Expertisen sowie die Ergebnisse der durchgeführten Hearings und Fachgespräche genutzt, zudem die Ergebnisse einer kleinen „Blitzumfrage“.¹⁷⁸ Die in diesem Rahmen verschickten Kurzfragebögen wurden von rund 60 verschiedenen Projekten und Einrichtungen beantwortet, und zwar von zehn ambulanten Angeboten und sozialraumbezogenen Einrichtungen, die z. B. Erziehungsberatung sowie Familien- und Jugendtreff unter einem Dach bieten, vor allem aber von stationären Einrichtungen oder solchen, die sowohl über ambulante wie auch teilstationäre und stationäre Angebote verfügen. Eine Antwort kam auch von einer Auslandsmaßnahme.

Die Ergebnisse erheben keinerlei Anspruch auf Repräsentativität, geben aber doch einen Einblick, wie Gesundheitsförderung und Prävention derzeit in ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten verstanden und umgesetzt werden.

17.2.4.1 Begrifflichkeiten

Das im Rahmen der Berichtserstellung durchgeführte Hearing mit Vertreterinnen und Vertretern der großen Wohlfahrtsverbände ergab, dass die Verbände bisher nicht über eine einheitliche Begrifflichkeit von Gesundheitsförderung und Prävention verfügen. Dies mag zum einen daran liegen, dass einige der Träger das Thema Gesundheit als Querschnittsaufgabe in den einzelnen Maßnahmen bzw. Angeboten als „Gesundheitsorge“ ohnehin bereits verankert sehen, so auch in den Hilfen zur Erziehung.

Im Rahmen der erwähnten Umfrage wurde nun ein anderer Weg gegangen und in dem Kurzfragebogen der Gesundheitsbegriff in den Mittelpunkt gestellt. So wurde u. a. danach gefragt, welche Rolle jeweils „Gesundheitserziehung“, „gesundheitsbezogene Information/Aufklärung“, „Gesundheitsförderung“ und „gesundheitsbezogene Prävention“ in den gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Projekte und Einrichtungen spielten, wobei vor allem die beiden letzten Begriffe kurz definiert wurden (vgl. Kap. 20.3).

Die Antworten zeigen, dass bei dem Thema Gesundheit in den Hilfen zur Erziehung meistens alle vier Aspekte eine Rolle spielen. Dabei wurde allerdings die Allgemeinheit des Begriffs Gesundheitsförderung nicht problematisiert und auch nicht von dem allgemeinen Förderauftrag der Kinder- und Jugendhilfe (§ 1 SGB VIII) abgegrenzt. Nur in Einzelfällen wurde ein Hintergrundwissen zu den Begriffen deutlich, sie wurden aber passend verwendet (z. B. „wir bieten ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld“). Es gab zwar auch eigene Wortschöpfungen wie „ganzheitliche Gesundheitserziehung“, aber überwiegend wur-

¹⁷⁶ Die ICD 10 ist die derzeit gültige Fassung der „International Classification of Diseases“ der WHO, vgl. dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm

¹⁷⁷ Der Pflegekinderbereich konnte hier leider nicht berücksichtigt werden

¹⁷⁸ Diese Umfrage konnte dankenswerterweise mit Unterstützung verschiedener Erziehungshilfeverbände (AFET, IGfH, Internationaler Bund (IB), EREV, SOS-Kinderdorf e. V., Kinderschutzbund) sowie reger Beteiligung der Projekte und Einrichtungen im Rahmen der Berichterstellung sehr schnell durchgeführt werden.

den die „klassischen Aufgaben“ der Kinder- und Jugendhilfe, nämlich Identität, Selbstbewusstsein, soziale Kompetenz und praktische Lebenskompetenzen zu stärken, angesichts der angebotenen Definition unter Gesundheitsförderung subsumiert, zum Teil aber auch unter Prävention. Auf bestimmte Risiken (z. B. Sucht, Geschlechtskrankheiten) bezogene Prävention wurde aber meist von allgemeiner Gesundheitsförderung abgegrenzt.

17.2.4.2 Sozialraumbezogene ambulante Hilfen

Da die ambulanten Hilfen, wie schon erwähnt, in vielfältigen Formen, immer aber in oder nah an der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten und überwiegend bezogen auf ihre individuelle Lebenssituation arbeiten, ist allgemein davon auszugehen, dass dabei auch Themen der Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen werden. Wie die zu den ambulanten Hilfen vorliegenden Antworten aus der Umfrage zeigen, gibt es hier sehr vielfältige, auf den Sozialraum bezogene Angebotsformen, in denen das Öfteren z. B. Erziehungsberatung, Jugendarbeit und Familienbildung, aber auch Selbsthilfegruppen unter einem Dach vereint sind, z. B. in Mehrgenerationenhäusern oder Familienzentren (vgl. Kap.16.3.2.2). Hier werden Angebote z. B. zu Bewegung (zum Teil unter Beteiligung von Sportvereinen), kostengünstiger gesunder Ernährung und Übergewicht (in einem Fall nach dem Programm „OptiKids – Kinderleicht“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung)¹⁷⁹ gemacht, in die nicht nur Kinder und Jugendliche, die zum Teil bereits individuelle Erziehungshilfe erhalten, sondern möglichst auch deren Eltern eingebunden werden. In solchen Zentren finden vereinzelt auch Gruppen für drogenabhängige, substituierte Mütter mit kleinen Kindern statt. Auch von *Haushaltsorganisationstrainings (HOT)*¹⁸⁰ sowie von Elternkursen für Mütter, die sozialpädagogische Familienhilfe bekommen, wird berichtet. Andernorts unterstützen „Coaches“ Familien, die in Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe stehen, in der Gesundheitssorge, indem sie darauf achten, dass Arzt-, Beratungs- und Therapietermine eingehalten werden. Bei Bedarf begleiten sie die Familienmitglieder auch bzw. ermutigen sie dazu, die nötigen Kontakte zum Gesundheitssystem aufzunehmen. In einem weiteren Fall organisieren Fachkräfte, die individuelle ambulante Erziehungshilfen für Mädchen leisten, für diese Mädchen Gruppenangebote und damit die Möglichkeit zum Austausch mit Gleichaltrigen zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit, so zu Ernährung und Essstörungen, Bewegung, Suchtmittelkonsum und Körperwahrnehmung, Konfliktkompetenz, aber auch zu weiblicher Entwicklung, Sexualität und Partnerschaft. So wird auf umfassende Weise die Identitätsarbeit der Mädchen unterstützt, die geschlechtsspezifisch erfolgen muss, denn wie *Hähne und Dümmler* (2008, S. 95) postulieren, kann „die Bewältigung körperbezogener Entwicklungsaufgaben [...] nicht losgelöst von der sozialen Strukturkatego-

rie Geschlecht und der interaktiven Konstruktion von Geschlechtlichkeit betrachtet werden, wobei die Mädchen sich u. a. mit fragwürdigen weiblichen Schönheitsidealen auseinandersetzen müssen (vgl. Kolip 2008). Wieweit in den ambulanten Erziehungshilfen auch auf die „somatische Kultur“ (Kolip 1997) der Jungen und ihre besonderen Gesundheitsrisiken in Bezug auf Alkohol, Drogen, Unfälle, aber auch Ernährungsverhalten (vgl. Teil B) eingegangen wird, muss hier offen bleiben.

Diese nur zufällig ausgewählten Beispiele zeigen, wie vielfältig und kreativ mit Gesundheitsförderung und Prävention in ambulanten, sozialraumbezogenen, meist vielfältig vernetzten Kinder- und Jugendhilfeangeboten umgegangen werden kann, wobei die Übergänge zwischen Erziehungshilfe, Familienbildung und Jugendarbeit fließend sein können. Wie aus mehreren Antworten hervorgeht, gelingt es Projekten mit Sozialraumbezug, Zugangsschwellen auch für sonst schwer erreichbare Gruppen abzubauen bzw. Kontakte zwischen Kindern, Jugendlichen und Eltern, die Erziehungshilfen bekommen, zu stiften. Um Erfolge und die Einbeziehung der Eltern bei primär an die Heranwachsenden gerichteten Angeboten zu erreichen, bedarf es allerdings, auch das wird mehrfach betont, eines langen Atems der Angebote. Kurzfristige gesundheitsbezogene Projekte und Programme können zwar wichtige Impulse geben, werden aber allein als nicht ausreichend eingeschätzt.

Deutlich wird auch, dass eine interdisziplinäre Kooperation von langfristig eingesetzten Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe mit Externen (z. B. Professionelle aus dem Bereich Kinder und Jugendmedizin, Sexual-, Drogen- oder Ernährungsberatung, Erlebnis-, Sport- oder Musikpädagogik, die z. B. einzelne Informationsabende oder Workshops für größere Gruppen übernehmen, aber auch zur Kooperation im Einzelfall bereit sind) sehr fruchtbar sein und zu nachhaltigen Wirkungen führen kann.

17.2.4.3 Erziehungs- und Familienberatung

Ein wichtiger Bereich der ambulanten Erziehungshilfen ist die Erziehungs- und Familienberatung, die vor allem von den Eltern, aber auch von Jugendlichen, und zwar überwiegend aus eigenem Antrieb, zum Teil auch auf Anraten externer Instanzen wie Kindertagesstätten oder Schulen in Anspruch genommen wird. Im Unterschied zu den anderen Hilfen zur Erziehung können sich Eltern oder Jugendliche an die Erziehungsberatung wenden, ohne dass dafür die Genehmigung des Jugendamts notwendig wäre.¹⁸¹

Die 1 050 Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Deutschland verfügten 2007 über 3 650 volle Planstellen (Gerth/Menne 2008) und leisteten Beratung und Therapie in knapp 310 600 Fällen, wobei neben die Beratungsstellen inzwischen auch die Möglichkeit der Online-Beratung

¹⁷⁹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Programm OptiKids – Kinderleicht: www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=760

¹⁸⁰ Vgl. www.caritas.de/36384.html

¹⁸¹ Die folgende Darstellung stützt sich im Wesentlichen auf die für den 13. Kinder- und Jugendbericht erstellte Expertise von Gerth/Menne (2008)

getreten ist, die von Eltern und Jugendlichen rege genutzt wird. Da die Zahl der Beratungen aber – bei annähernd gleichem Personal – seit 1993 um knapp 60 Prozent zugenommen hat, folgern *Gerth/Menne*: „Die personelle Situation der Erziehungsberatung steht bereits heute in keinem vertretbaren Verhältnis mehr zu dem tatsächlich gegebenen Unterstützungsbedarf der Familien“ (ebd., S. 60), zumal trotz steigendem Beratungsbedarf die Beratungskapazität aufgrund von Sparmaßnahmen verringert wurde (vgl. ebd.).

„Erziehungsberatung hat innerhalb der Jugendhilfe den spezifischen Auftrag, bei der Lösung individueller und familialer Probleme Unterstützung zu leisten. Sie verbessert die Alltagswelt der Familien und die Beziehungen der Familienmitglieder und fördert somit eine der wichtigsten Ressourcen für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ (ebd. S. 59). Dabei ist – wie in allen anderen Erziehungshilfen auch – der Ausgangspunkt für die Beratung nicht (wie im Gesundheitssystem) die Krankheit oder „Störung“ eines Kindes, sondern das „Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs“ (ebd., S. 23) mit dem Ziel, die Erziehungskompetenz der Eltern und die Interaktion zwischen Eltern und Kindern zu verbessern. Dies gilt auch, wenn die Beratungsanlässe Probleme von Heranwachsenden sind, die möglicherweise im Rahmen der ICD 10 als psychiatrisch relevante Störung klassifiziert werden könnten. Soweit hier eine psychiatrische Behandlung notwendig ist, kann diese parallel eingeleitet werden.

Die Anlässe für Einzelfallberatung aus der Sicht der Ratsuchenden wie der Beratenden ergaben sich 2006 bei über 90 Prozent der Fälle aus Entwicklungsauffälligkeiten, Beziehungs-, Schul- und Ausbildungsproblemen, Trennung und Scheidung der Eltern und sonstigen Problemen in und mit der Familie (*Gerth/Menne* 2008). Obwohl alle diese Themen auch von gesundheitlicher Relevanz sind, bezogen auf den breit gefassten Gesundheitsbegriff der WHO, wurde in einer 2008 durchgeführten Befragung aller in der *Bundeskongferenz für Erziehungsberatung* (BKE) zusammengeschlossenen Träger die Frage nach Gesundheitsthemen als Anlass für Einzelfallberatung noch einmal auf körperbezogene Probleme sowie (drohende) seelische Behinderung eingeeengt. Dabei zeigte sich, dass ein solches Problem in mindestens 70 000 Fällen im Jahre 2007 zumindest einer der Anlässe für die Beratung war, wobei viele Kinder und Jugendliche aus mehreren Anlässen vorgestellt werden. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) wurde unter diesen Problemen mit 25 Prozent weitaus am häufigsten genannt, gefolgt von psychosomatischen Problemen (17 Prozent), autoaggressivem Verhalten (11 Prozent), Einnässen, Einkoten (10 Prozent) und Essstörungen, Suchtproblemen und (drohender) seelischer Behinderung (je 8 Prozent) sowie Regulationsstörungen bei Kleinkindern und Folgen chronischer Erkrankungen von Kindern mit je 6 Prozent (ebd.). Auch diese Symptome werden in der Erziehungsberatung nicht isoliert thematisiert, sondern in ihrer „Bezogenheit“ (ebd., S. 25) auf das inner- und außerfamiliäre Sozialisationssystem des Kindes. Dabei kann in der Erziehungsberatung auch – in begrenztem Rahmen – psy-

chotherapeutisch mit Kindern, Eltern oder der ganzen Familie gearbeitet werden, aber nur, „soweit dies nötig ist, um eine dem Wohle des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung wieder zu ermöglichen“ (ebd., S. 31). Trotz dieser Abgrenzung lassen sich die Zuständigkeiten der Erziehungs- und Familienberatung und der Krankenbehandlung nicht in allen Fällen eindeutig bestimmen, zumal eine psychische Erkrankung des Kindes häufig einen besonderen erzieherischen Bedarf nach sich zieht, für den die Eltern Unterstützung in der Erziehungsberatung suchen. Um aber „Doppelbehandlungen zu vermeiden und die erforderlichen Hilfen gut auf die Situation des Kindes abzustimmen, ist es nötig, die noch häufig starren Grenzen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu überwinden. Hierzu haben sich in der Erziehungsberatung die Mitarbeit eines Arztes im Team der Beratungsstelle und die institutionalisierte Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendärzten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bewährt“ (ebd., S. 60).

Neben den Fällen, in denen eines der genannten im engeren Sinne gesundheitsbezogenen Probleme explizit ein Beratungsanlass war, gab es zahlreiche Fälle, in denen andere Beratungsanlässe im Vordergrund standen und gesundheitsbezogene Fragen erst im Laufe der Beratung Bedeutung erlangten. Hier wurden (in absteigender Häufigkeit) folgende Bereiche in die Beratung einbezogen: Umgang mit Medien (TV, PC, Internet), psychische Erkrankungen von Eltern, Bewegung/Sport, Rauchen, Alkohol, Drogen, Ernährung, chronische Erkrankungen im Kindesalter, Hygiene.

Auch chronisch kranke Eltern werden beraten, wobei die Beratung psychisch bzw. suchtkranker Eltern eine besondere Herausforderung darstellt, aber auch sehr hilfreich sein kann, wenn es gelingt, die Tabuisierung von Sucht und psychischer Krankheit zu durchbrechen, die Eltern ggf. zu einer Behandlung zu motivieren und die Erziehungsverantwortung so zu verteilen, dass die betroffenen Kinder weiterhin gut versorgt sind. Ihnen kann zudem die Möglichkeit eröffnet werden, in Gruppen mit Gleichaltrigen ihre Probleme und Ängste zur Sprache zu bringen, Solidarität zu erfahren und erfolgreiche, entlastende Verarbeitungsmuster für sich zu entwickeln. Dabei ist die Erziehungsberatung allerdings auch gefordert, entsprechende Schritte einzuleiten, wenn das Kindeswohl in den Familien gefährdet ist.

Dagegen suchen Eltern geistig und körperlich behinderter Kinder offenbar kaum Unterstützung in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, was *Gerth/Menne* (2008a) auf die im Bereich der Behindertenhilfe bestehenden Versorgungsstrukturen zurückführen. Sie gehen davon aus, dass das Gesundheitsamt für diese Eltern die zentrale Anlaufstelle sei, das „im Rahmen der jugendärztlichen Sprechstunde auch die Aufgabe der Beratung zu allen Behindernungsfragen“ erfülle. Zudem gäbe es vereinzelt auch Beratungsstellen und Sozialmedizinische Dienste für behinderte Kinder und Jugendliche sowie die „allgemeine Beratung von den Behindertenorganisationen“ (ebd., S. 1). Weiter sei die „Unterstützung bei der Erziehung behinderter Kinder (...) in der Regel als ein Teilproblem in

den größeren thematischen Zusammenhang des Umgangs mit der Behinderung des Kindes eingebettet“ (ebd., S. 1).

In der einzelfallbezogenen Beratung unterhalten die Erziehungsberatungsstellen, je nach individuellen Problemlagen, eine ganze Reihe von Kooperationsbeziehungen zum Gesundheitssystem, die insgesamt intensiver und ausgedehnter sein dürften als bei anderen Hilfen zur Erziehung. Genannt werden hier im Einzelnen Hebammen, Kinder- und Jugendarztpraxen, Kinderkliniken, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Psychotherapie, ambulante und stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Logopädie, Ergotherapie.

Weiter leistet die Erziehungsberatung, wie die 2008 von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (BKE) durchgeführte Erhebung ergab, einen wichtigen Beitrag zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Prävention, wobei rund 350 einzelfallübergreifende Angebote verschiedener Art genannt wurden, die entweder allein von den Beratungsstellen (zu 58 Prozent) durchgeführt wurden oder in Kooperation vor allem mit Kindertagesstätten und Schulen, aber auch mit Familienbildungsstätten, Familienzentren, Allgemeinem Sozialdienst; Jugendamt, Gesundheitswesen, Suchtberatung, Fortbildungseinrichtungen, örtlichen Netzwerken, anderen Jugendhilfeeinrichtungen sowie mit weiteren Kooperationspartnern.

Die Veranstaltungen betrafen (in absteigender Häufigkeit) Fragen zu ADHS, Säuglingen und Kleinkindern, Medien, Ernährung und Essstörungen, Pubertät und Sexualität, Bewegung, Sucht, Ängste, Rauchen und zu sonstigen Gesundheitsthemen.

Zielgruppen waren vor allem Eltern (40 Prozent), weiter Jugendliche (14 Prozent), Kinder (12 Prozent), Fachkräfte (12 Prozent), Eltern und Kinder gemeinsam (8 Prozent), andere Betreuungspersonen (3 Prozent), Alleinerziehende (2 Prozent), Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund (1 Prozent) und sonstige Adressaten (10 Prozent) (vgl. ebd.).

Wie sich an dieser Darstellung zeigt, verfügt die Erziehungs- und Familienberatung, so *Gerth/Menne*, durch die entwicklungspsychologische, psychodiagnostische und psychotherapeutische Qualifikation ihrer Fachkräfte und ihre engen und vielfältigen Kooperationsbeziehungen über erhebliche Schnittstellenkompetenzen. Diese könnten noch stärker genutzt werden, „wenn die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt“ würde (ebd., S. 60).

Leider gilt, wie im Rahmen der schon erwähnten Hearings zum 13. Kinder- und Jugendbericht festgestellt wurde, auch für die Erziehungsberatungsstellen, dass Familien mit Migrationshintergrund dort unterrepräsentiert sind. Eine Ursache könnten schlechte Erfahrungen von Migranten mit Erziehungsberatung sein, die diese weitergeben, etwa wenn sie den Eindruck haben, dass ihnen dort etwas aufgezwungen werden sollte, oder wenn muslimische Klienten – offenbar aus Ratlosigkeit und Mangel an interkultureller Kompetenz – weggeschickt bzw. weiterverwiesen wurden. Als weitere Ursache wurde genannt, dass Erziehungsberatung von Migranten zunächst als Teil des Jugendamts und damit als Kontrollinstanz

(„die nehmen die Kinder weg“) wahrgenommen würde. Diese Angst vor Kontrolle und Eingriffen des Staates einerseits, vor der sozialen Kontrolle durch Großfamilie und Nachbarn andererseits erschwert für bestimmte Migrantengruppen den Zugang zur Erziehungsberatung massiv. Dringend notwendig erscheint daher eine Öffentlichkeitsarbeit, die Migranten wirklich erreicht, z. B. auch über die Aufklärungsarbeit engagierter Muslime in Moscheen. Wie die Erfahrungen zeigen, wird das Angebot der Erziehungsberatung von Migranten dann besser angenommen, wenn dort auch Berater:innen mit Migrationshintergrund arbeiten, eine hohe Kontinuität der Ansprechpartner gegeben ist und (zunächst) ein breites Serviceangebot (z. B. Gesundheits- oder Rechtsberatung, Kinderbetreuung, Angebote von Räumen für private Feste etc.) gemacht wird. So können dort auch (offene) Gruppen türkischstämmiger Mütter zu allgemeinen Erziehungsfragen entstehen, aus denen sich dann spezieller Beratungsbedarf Einzelner herauskristallisieren kann. Die Leitung solcher Gruppen durch ein deutsch-türkisches Team kann die interkulturelle Kompetenz auf beiden Seiten erhöhen. Zudem ist eine Vernetzung mit den Kinder- und Hausärzten sowie mit den umliegenden Kindertagesstätten sinnvoll, damit diese Stellen die Eltern auf das Gruppenangebot aufmerksam machen können.

17.2.4.4 Teilstationäre und stationäre Hilfen in Einrichtungen

Die folgenden Ausführungen stützen sich vor allem auf die Antworten der knapp 50 stationären Einrichtungen auf die bereits erwähnte Umfrage, die z. T. auch über teilstationäre und vereinzelt auch über ambulante Angebote wie z. B. Familienberatung verfügen. Aus großen Einrichtungen lagen manchmal Antworten von mehreren Wohngruppen oder auch von Tages- und Wohngruppen vor. Das oben über die Verwendung der Begriffe Gesagte gilt für die teilstationären und stationären Erziehungshilfen gleichermaßen.

Einen breiten Raum nehmen in den Antworten die „klassischen Aufgaben“ der Erziehungshilfen ein. So wird die Sozial- und Konfliktkompetenz, die Reduktion von Gewalt und Aggressionen sowohl im Alltag bzw. im therapeutischen Setting der Wohn- oder Tagesgruppen gefördert als auch recht häufig durch zeitlich befristete, aber wiederholt und möglicherweise geschlechterdifferenziert angebotene Kurse und Programme, die zum Teil durch externe Trainer, zum Teil durch speziell geschulte Mitarbeiter:innen und Mitarbeiter geleitet werden. Diese Aktivitäten werden meist unter dem im Fragebogen angebotenen Terminus der Gesundheitsförderung angesiedelt.

Aber auch die „klassischen“ und zur Zeit als besonders wichtig herausgestellten Gesundheitsthemen bewusste Ernährung (inklusive der „Esskultur“) sowie Bewegung werden von fast allen Angeboten genannt, ohne dass explizit auf übergreifende Initiativen, Programme und Aktionspläne zu diesen Bereichen Bezug genommen würde, (wie z. B. *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit* (Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2008a), „*Gesund aufwachsen*“ der *Gesund-*

heitsziele.de (2003), *InForm* (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, BMELV, BMG 2008), *Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 – 2010* (BMFSFJ 2005)).

Die ebenfalls sehr aktuellen Themen Übergewicht und Prävention von Essstörungen spielen in gut der Hälfte der Antworten zusätzlich eine Rolle. Angesichts der steigenden Zahl von Heranwachsenden mit extremem Übergewicht hat sich eine Einrichtung sogar entschlossen, in Kooperation mit einer Klinik eine Gruppe speziell für adipöse Kinder und Jugendliche aufzumachen und die Betreuenden entsprechend zu schulen – wobei hier die möglichen Vorteile einer gezielteren Förderung abzuwägen wären gegen die Gefahr der möglichen Ausgrenzung und Stigmatisierung dieser Mädchen und Jungen.

Von der überwiegenden Mehrheit der Angebote ebenfalls genannt wird in verschiedenen Varianten das Thema „Suchtprävention“, wobei es dabei fast immer um leicht verfügbare Substanzen geht, um die es im Einrichtungsalltag häufig Konflikte gibt, also Tabak, Alkohol und Drogen, in einem Fall werden aber auch Medien- und Ess- bzw. Magersucht angesprochen. Sehr wichtig wird auch die Prävention von Geschlechtskrankheiten und unerwünschten Schwangerschaften genommen. Entsprechende Information und Aufklärung, zum Teil auch ein anlassbezogenes „Monitoring“ bei einzelnen Jugendlichen werden häufiger eingebettet in eine Sexualpädagogik, die einen verantwortungsvollen Umgang der Jugendlichen mit Sexualität und Partnerschaft fördern will. Diese Angebote erfolgen des Öfteren geschlechterdifferenziert und für Mädchen und Jungen zumindest zeitweise getrennt und beziehen gelegentlich die Auseinandersetzung mit den Geschlechterrollen mit ein. Auch hier drängt sich der Eindruck auf, dass die Geschlechterrolle der Jungen und ihr Partnerschafts- und Sexualverhalten möglicherweise weniger thematisiert werden als die der Mädchen. Zudem finden sich in den Antworten keine Hinweise auf ein kultursensibles Vorgehen.

„Hygiene“ inklusive Zahnpflege sind vor allem im Heimalltag ein wichtiges Thema, da ein Teil der Kinder und Jugendlichen offenbar aufgrund von Vernachlässigung bisher keine Hygieneroutinen entwickeln konnte und dem eigenen Körper ablehnend oder gleichgültig gegenübersteht. „Stärkung der Körperwahrnehmung“ und der damit verbundenen Kompetenzen ist denn auch ein weiteres, allerdings nicht sehr häufig benanntes Feld – gemessen an der immensen Bedeutung, die der Körper und der Umgang mit ihm nicht nur für die Gesundheit auch im weiteren Lebensverlauf, sondern auch für Identitätsbildung und Geschlechterrollenübernahme hat. Die Stärkung der Körperwahrnehmung wird im Allgemeinen der Gesundheitsförderung zugerechnet und im Zusammenhang mit Erlebnispädagogik, aber auch mit Entspannung und Sexualpädagogik erwähnt.

Selten wird dagegen der Umgang mit (drohenden) psychischen Erkrankungen genannt, wobei es sich hier um einen Bereich handeln dürfte, der eher im Einzelkontakt mit Jugendlichen thematisiert wird.

Es fällt auf, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwar oft die Notwendigkeit sehen, als Vorbilder für die Mädchen und Jungen zu fungieren, in den Antwortbögen aber nur in wenigen Ausnahmen von ihrem aktiven Einbezug in Gesundheitsförderung und Prävention die Rede ist (z. B. im Zusammenhang mit der Beteiligung an Bewegungsaktivitäten oder auch an den „Nichtraucherclubs“, die in einer Einrichtung offenbar sehr erfolgreich etabliert wurden), es sei denn, dass sie sich (intern oder extern) in bestimmten Bereichen fortbilden und dieses Wissen dann im Alltag sowie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umsetzen. Nach den Inhalten der Fortbildungen wurde nicht gefragt, aber einzelne Antworten lassen darauf schließen, dass neben den Themen Ernährung, Bewegung, Konflikt- und Gewalt-Deeskalation, Gender- und Sexualpädagogik sowie „psychische Belastungen für Kinder und Jugendliche“ auch „Überforderungen im pädagogischen Alltag“ sowie Traumapädagogik gelegentlich zum Thema werden.

Soweit in den Antwortbögen die methodischen Ansätze deutlich wurden, lässt sich daraus schließen, dass gesundheitsbezogene Aktivitäten überwiegend anlass-, fall- und themenbezogen in den Alltag integriert werden. Dabei lassen sich die verschiedenen Methoden kaum trennen, denn es erfolgt sehr häufig eine Verknüpfung von Aufklärung und Information zu bestimmten Themen und alltäglicher Gesundheitserziehung durch konkrete Handlungsanweisungen sowie Einzel- und Gruppengespräche, aber vor allem auch durch gemeinsame Aktivitäten. Im Bereich Ernährung z. B. wird nicht selten zunächst eine Ernährungsberaterin eingeladen, um über Grundlagen gesunder Ernährung zu informieren, im Weiteren geht es dann aber darum, dies Wissen im Alltag umzusetzen, also bewusst gesunde Nahrungsmittel einzukaufen und zuzubereiten, um sie dann – für viele Mädchen und Jungen ungewohnt – an einem schön gedeckten Tisch gemeinsam zu essen, was neben präventiven sicher auch gesundheitsförderliche Wirkungen hat. Aus den Antworten wird zudem deutlich, dass bei allen gesundheitsbezogenen Aktivitäten der „Spaßfaktor“ sowie die Beteiligung und Mitbestimmung der Mädchen und Jungen bei den Aktivitäten und ihrer Planung nicht zu kurz kommen dürfen. Beteiligung und die damit möglichen Selbstwirksamkeitserfahrungen sind aber – nicht nur in den Hilfen zur Erziehung – ein wesentlicher Aspekt von Gesundheitsförderung (Dörr 2008, vgl. auch Teil A).

Hier wie bei dem zweiten zentralen Gesundheitsthema „Bewegung“, das auch die Bereiche Sport, Freizeitgestaltung und Peerverhalten berührt, scheint es auch von den Kompetenzen und Neigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzuhängen, welche Angebote sie auf welche Art „überbringen“, wie viel Motivation zu „mehr Gesundheit“ sie dabei bei den Mädchen und Jungen wecken und wie überdauernd diese ist.

Zu Fragen der Sucht- oder Aids-Prävention wenden sich die Einrichtungen offenbar häufig an die örtliche Suchtberatungsstelle oder an Pro Familia, um zunächst einmal didaktisch gut aufbereitete „Aufklärung“ zu bekommen. Aber auch diese Themen werden dann im Alltag indivi-

duell oder in der Gruppe situationsbezogen „kleingearbeitet“ – wobei sich wiederum gesundheitliche Aufklärung, Prävention und Gesundheitserziehung nicht voneinander trennen lassen.

Wie schon deutlich wurde, unterhalten auch (teil)stationäre Angebote eine Vielzahl unterschiedlicher Kooperationsbezüge: Der Versuch, die betreuten Jugendlichen in (Sport-)vereine zu integrieren, wird am häufigsten genannt. Zudem bestehen Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten diverser Fachrichtungen, wobei diese ebenso wie Fachleute aus Ernährungs-, Sexual- oder Suchtberatungsstellen, Krankenkassen und Gesundheitsämtern etc. nicht nur im Einzelfall aufgesucht, sondern auch als Referentinnen und Referenten gewonnen werden. Weiter werden Externe an der Durchführung von Programmen zu Erlebnispädagogik oder Sozial- bzw. Konflikttrainings beteiligt, die in den (teil) stationären Erziehungshilfen offenbar (bisher) wesentlich weiter verbreitet sind als die zahlreich existierenden Ernährungs- und Bewegungsprogramme. Umgekehrt werden die Erziehungshilfen – anders als etwa die Kindertagesstätten – in den vielfältigen Programmen der BzGA bisher nicht als Zielsetting angegeben.

Erstaunlicherweise werden angesichts der hohen psychischen Belastungen der Kinder und Jugendlichen, die Erziehungshilfen nutzen, die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten von den Einrichtungen selten als Kooperationspartner genannt. Dies mag zum einen daran liegen, dass diese Professionen gerade in ländlichen Regionen noch zu wenig verbreitet und von daher die Wege zu lang sind, es mag aber auch damit zusammenhängen, dass die „gleiche Augenhöhe“ und die nötige gegenseitige Anerkennung bei verschiedenen „Sprachen“ und Herangehensweisen von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie längst noch nicht überall hergestellt sind. Zudem erscheint eine „Psychiatisierung“ der Hilfen zur Erziehung auch keinesfalls erstrebenswert (Dörr 2008). Andererseits sollte Mädchen und Jungen eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, von der sie profitieren könnten, ebenso wenig vorenthalten werden wie dem pädagogischen Personal eine auf die Möglichkeiten der Heimerziehung abgestimmte Beratung und Fortbildung (Goldbeck/Fegert 2008).

Die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen an nicht direkt in den Alltag integrierten Angeboten zu Gesundheitsthemen wird in der genannten „Blitzumfrage“ als relativ hoch angegeben, da die Aktivitäten meist in „geschütztem Rahmen“ und „in kleinen Settings“ stattfinden. Anlassbezogene und gemeinsam mit den Jugendlichen beschlossene Aktivitäten erhöhen dabei die „Attraktivität und Wichtigkeit“ für die Jugendlichen. Die – nicht immer erfüllten – Erfolgshoffnungen der pädagogischen Fachkräfte beziehen sich darauf, dass Kinder und Jugendliche auf diese Weise gesundheitsbezogenes Wissen und Lebenskompetenzen erwerben, die ihre Selbstbestimmung über ihre Gesundheit nachhaltig erhöhen können.

17.3 Jugendschutz

Die gesetzlichen Bestimmungen des Jugendschutzes (vgl. JuSchG in BGBL. I S. 2730 und des Jugendmedien-schutz-Staatsvertrages der Länder (JMStV), beide seit 1. April 2003 in Kraft sowie § 14 SGB VIII) haben das Ziel, Kinder und Jugendliche vor gefährlichen und ihre gesundheitliche Entwicklung beeinträchtigenden Angeboten des Marktes zu schützen bzw. diese zu befähigen, entsprechende Schutzfaktoren auszubilden. Auf der Ebene des gesamtgesellschaftlichen Diskurses geht es um die Frage, ob, und wenn ja, wie Risiken und Gefährdungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen begegnet werden kann.¹⁸²

In den Handlungsfeldern des Jugendschutzes geht es um die Verbindung und Ergänzung von prohibitiven und präventiven Maßnahmen mit den Schwerpunkten Intervention, Information und Beratung. Sie sind strukturiert durch das Verhältnis von Gesetzgeber, staatlicher Kontrolle und der freiwilligen Selbstkontrolle der Anbieter. Im Jugendschutz wird von einem „Drei-Säulen-Denkmodell“ gesprochen, mit der Unterscheidung des

- ordnungsrechtlichen und kontrollierenden,
- erzieherischen und
- strukturellen Jugendschutzes (vgl. Nikles u. a. 2003).

Ausmaß und Entwicklungsstand des Jugendschutzes in seinen vom Gesetzgeber vorgesehenen Handlungsfeldern sind in den Bundesländern abhängig von den dort vorhandenen bzw. bereitgestellten personellen, finanziellen und konzeptionellen Ressourcen. Dahinter verbirgt sich zugleich eine unterschiedliche Positionierung der Länder zu Fragen der gesellschaftlichen (und jugendpolitischen) Relevanz des Jugendschutzes. Der in SGB VIII verankerte erzieherische Jugendschutz zielt auf eine „Befähigung (von) Eltern und anderen Erziehungsberechtigten (...) Kindern und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen“ (§ 14 SGB VIII).

Laut Auftrag des Jugendschutzgesetzes sind wesentliche Aufgabenfelder des Jugendschutzes der Jugendmedien-schutz und der Jugendschutz in der Öffentlichkeit. Eine Evaluation zur Umsetzung der Regelungen des Jugendmedien-schutzes des Hans Bredow-Institutes (2007) sowie Vorschläge zur Optimierung der Regelungen unter einer alltagspraktischen Perspektive (Theunert/Gebel u. a. 2007) liegen vor. Eine Evaluation des Jugendschutzes in der Öffentlichkeit, vor allem für den Bereich Alkohol und andere Suchtmittel, steht z. Zt. noch aus.

¹⁸² Diese Aufgabenfelder sind verwoben mit den permanenten Veränderungen, Herausforderungen und Erwartungen an den Jugendschutz. Damit ist Jugendschutz als Handlungsfeld auf eine ständige Reflexion und Weiterentwicklung angewiesen. Das Jugendschutzgesetz (JuSchG) als Bundesgesetz ist Grundlage für die länderspezifischen Formen der Anwendung und Ausführung. Dieses betrifft einerseits den Vollzug der gesetzlichen Regelungen, aber insbesondere die Entwicklung und Ausdifferenzierung der Aktivitäten des präventiven Jugendschutzes in Bezug auf die Information und Beratung vor Ort (vgl. NRW 2007: www.ajs.nrw.de; Rheinland-Pfalz, Landesjugendamt und Landesjugendhilfeausschuss 2004: www.lsjv.de; Brandenburg 2004: www.bildung-brandenburg.de).

Jugendmedienschutz

Besonders im Feld des medialen Jugendschutzes (nach den Bestimmungen des JMStV/Jugendmedienschutz-Staatsvertrags) sind mit der schnellen Entwicklung der interaktiven Medien, z. B. der Möglichkeiten der Verbreitung von „user-generated content“, z. B. per Handy oder in den diversen sozialen Netzen im Internet neue Herausforderungen verbunden (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2008).

Unter dem Fokus Gesundheitsförderung treten aktuell die Computerspiele und die sogenannte Internet-/Online-Sucht in den Vordergrund (vgl. Kap. 8.2.2). In diesem Kontext werden mehr Angebote zur Therapie dieser sogenannten „nichtstoffgebundenen Süchte“ insgesamt eingerichtet (vgl. Sting 2008). In Bayern z. B. hat das Gesundheitsministerium auf der Grundlage des Glücksspielstaatsvertrags in 19 Städten Fachstellen für „Spielsucht“ eingerichtet. Für die kommenden vier Jahre sind acht Mio. Euro für die Arbeit der Beratungsstellen, die Fortbildung der Mitarbeiter und die wissenschaftliche Begleitung vorgesehen (SZ Nummer 231 vom 4/5. Oktober 2008, S. 51). Mit der Initiative „*Schau hin! Was Deine Kinder machen*“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Partnerschaft mit Arcor-Telekommunikationsunternehmen, ARD – Das Erste, ZDF – Zweites Deutsches Fernsehen, TV Spielfilm-Programmschrift erhalten Eltern insbesondere der 3- bis 13-Jährigen praktische Hilfestellungen für den kindgerechten Umgang mit elektronischen Medienangeboten und deren Handhabung.

Die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich ist weitgehend geprägt durch:

- Information und Beratung von Lehrern/Schulen, Eltern und zum Teil auch Jugendlichen;
- Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen in Kooperation mit Trägern und Einrichtungen der Jugend- und Erwachsenenbildung sowie mit Trägern medienpädagogischer Projekte;
- Bereitstellung von Mitteln für die Einrichtung eines niedrigschwelligen Angebots zur Beratung und Unterstützung von Eltern;
- Bei Problemen im Umgang mit den Themen Online-sucht und Suchtvorbeugung werden in Kooperation mit verschiedenen Institutionen und Trägern Gesprächskreise auf lokaler Ebene mit Fachleuten, Lehrern, Eltern und Jugendlichen gezielt gefördert. (vgl. z. B. Ziesel/Schmidt da Silva 2008).

Jugendschutz in der Öffentlichkeit

Jugendschutz in der Öffentlichkeit entsprechend dem Jugendschutzgesetz (JuSchG) umfasst die Regelung des Aufenthaltes in Gaststätten (§ 4), bei Tanzveranstaltungen (§ 5), in Spielhallen/Teilnahme an Glücksspielen (§ 6), bei jugendgefährdenden Veranstaltungen/Betrieben (§ 7) und Orten (§ 8) sowie den Verkauf/Erwerb alkoholischer Getränke (§ 9) bzw. von Tabakwaren (§ 10) und deren Kon-

sum in der Öffentlichkeit.¹⁸³ Das BMFSFJ als oberste Bundesbehörde hat hierzu im Bereich des ordnungsrechtlich-kontrollierenden Jugendschutzes im Sinne der §§ 9 und 10 seine Aufsicht führende Funktion durch Gesetzesinitiativen umgesetzt. So ist durch gesetzliche Interventionen im Rahmen des § 1 (2 u. 3) des Gesetzes über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen (Alkopopsteuergesetzes) ein Rückgang des Konsums dieser Getränke aufgrund deren Verteuerung bei Jugendlichen zu verzeichnen (vgl. Kap. 8.2.3). In der Bundesrepublik gilt seit dem 1. Januar 2007 auch für Zigarettenautomaten ein Abgabeverbot von Tabakwaren an unter 18-Jährige in der Öffentlichkeit. Das Rauchen in der Öffentlichkeit darf ihnen ebenfalls nicht gestattet werden. Technisch umgesetzt wurde dieses Abgabeverbot durch eine Umrüstung der Automaten auf Geldkartenchips, die nur mit dem Vermerk des Alters des Besitzers an über 18-Jährige ausgegeben werden dürfen. Seit 2002 hat sich die Anzahl der Automaten in Deutschland nahezu halbiert, was wesentlich mit der Einführung dieses Bezahlsystems in Zusammenhang gebracht wird (2002: 835 000 Automaten, 2006: 470 000; Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b). Studien belegen zudem, dass eine Verteuerung von Tabakwaren eine Senkung des Raucheranteils in der Bevölkerung bewirkt und somit effektiv in der Rauchprävention ist (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008a). Mit Umsetzung und Vollzug dieser Bestimmungen sind auf Bundesland- und Kommunalebene die Polizei, die obersten Landesjugendbehörden sowie die in den Kommunen jeweils zuständigen Behörden verantwortlich. Um den Jugendschutz im öffentlichen Bewusstsein stärker zu verankern, sind vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Einbeziehung verschiedener Akteure die Initiativen „*Jugendschutz: Wir halten uns daran!*“ und der Runde Tisch „*Jugendschutzgesetz: Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs*“ gegründet worden.

Die Kinder- und Jugendhilfe nimmt ihren Auftrag zum Jugendschutz in der Öffentlichkeit vor allem in den Bereichen des erzieherischen Jugendschutzes wahr.¹⁸⁴ Schwerpunkte sind hier die Prävention des Tabak- und Alkoholkonsums. Die Aktivitäten der Jugendhilfe in diesem Themenbereich konzentrieren sich auf die Arbeitsfelder der Jugend- und Jugendsozialarbeit. Für diesen Bereich besteht eine Vielzahl von Konzepten und Programmen, vor allem auf Grundlage des Materialangebots der BZgA (z. B. die Kampagnen „*rauchfrei*“ sowie „*NA TOLL – Bist Du stärker als Alkohol?*“) und der Deutschen Haupt-

¹⁸³ Bestimmungen des JuSchG: Abschnitt 3: Filmveranstaltungen (§ 11), Bildträger mit Filmen und Spielen (§ 12), Bildschirmspielgeräte (§ 13), Kennzeichnung von Filmen und Film- und Spielprogrammen (§ 14), Jugendgefährdende Trägermedien § 15), Sonderregelungen für Telemedien (§ 15) sowie Abschnitt 4: Funktion und Aufgaben der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien.

¹⁸⁴ Im Gegensatz zum kontrollierenden Jugendschutz setzt der erzieherische Jugendschutz auf die Förderung der Lebenskompetenz, Kritikfähigkeit sowie Eigenverantwortung von jungen Menschen (vgl. Baum u. a. 2001).

stelle für Suchtfragen (z. B. Aktionswoche 2007 „*Alkohol: Verantwortung setzt die Grenze!*“ in Kooperation mit der BZgA) sowie von gesetzlichen Krankenversicherungen (z. B. Nichtraucherwettbewerb „*Be Smart – Don't Start*“ für Schulklassen unter Einbeziehung anderer Akteure; „*Just be smokefree*“ und „*Aktion Glasklar*“ der DAK. Ziele dieser Materialien/Programme sind vor allem Aufklärung und Information im Hinblick auf negative Folgen des Tabak- und Alkoholkonsums¹⁸⁵.

Des Weiteren zielen spezifische Programme (z. B. Projekt „*Papilio*“ für Kinder im Kindergartenalter) zur Vorbeugung eines späteren missbräuchlichen Tabak- und Alkoholkonsums auf ein Empowerment von Heranwachsenden durch Vermittlung sozialer Kompetenz und Selbstbewusstsein ab. Unter anderem auch für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe gibt es im Internet zur Suchtvorbeugung die Portale www.prevnet.de und www.dot.sys mit Informationen und Materialien zur Suchtprävention in Deutschland. Über die Effektivität und Verbreitung der genannten Materialien und Programme in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe liegen keine Daten vor.

Akzeptanz und Umsetzung des Jugendschutzes brauchen die Unterstützung von Politik und Gesellschaft. Ordnungsrechtlich-kontrollierender und erzieherischer Jugendschutz stellt ohne den strukturellen Jugendschutz, der eine gesamtgesellschaftliche „Kultur des Hinschauens“ beim Konsum von Alkohol und Tabakwaren durch Minderjährige (z. B. auf Volksfesten) erfordert, nur den Rahmen für einen effektiven Jugendschutz in der Öffentlichkeit dar. Die Zustimmung der Bevölkerung zum Jugendschutz ist hoch. In einer Umfrage räumen 42 Prozent der befragten Eltern dem Jugendschutz einen hohen Stellenwert ein (vgl. Lieven 2007). Die von allen gesellschaftlichen Akteuren im Bereich des Jugendschutzes geforderte „Kultur des Hinschauens“ bedarf aber auch der Zurückstellung eigener (z. B. wirtschaftlicher) Interessen zugunsten des gesamtgesellschaftlichen Interesses des Jugendschutzes (z. B. kein Ausschank von Spirituosen an Jugendliche unter 18 Jahren in Diskotheken).

17.4 Prävention von Delinquenz, Kriminalität und Gewalt

Vor dem Hintergrund der Struktur dieses Kapitels muss ein eigener Abschnitt zum Thema Delinquenz- und Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter unweigerlich als querliegend zu der bisherigen Darstellungsform wahrgenommen werden. Denn schließlich handelt es sich dabei nicht um ein eigenes, etabliertes Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe, sondern um eine Praxisstrategie, die in vielen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe alters- und zielgruppenbezogen eingesetzt wird. So lassen sich innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe z. B. im Kindergarten ebenso Bemühungen zur Gewaltprävention (vgl. Sommerfeld 2007) beobachten wie beispielsweise in

der kommunalen Jugendarbeit oder Jugendsozialarbeit (Holthusen/Schäfer 2007).

Der Grund, warum in dem vorliegenden Bericht diesem Bereich dennoch ein eigener Abschnitt gewidmet wird, ist einfach: Schon im Alltagsverständnis liegt es nahe, dass Gewalt in jeder Form mindestens aufseiten der Opfer Verletzungen und Verlust an Wohlbefinden zur Folge hat. Es gibt also einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gewalthandeln. So ist es vor diesem Hintergrund zunächst auch nicht überraschend, dass die Vermeidung von Gewalt immer wieder auch einen zentralen Aspekt der Förderung von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter darstellt. Ganz in diesem Sinne wurde z. B. im Rahmen der „*Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*“ (Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2008a) festgestellt: „Unabdingbar für eine normale psychische Kindesentwicklung ist (...) die gezielte Prävention von Vernachlässigung und häuslicher Gewalt“ (ebd., S. 4). An anderen Stellen wird dieser Gedanke auf alle Bereiche gewalttätigen Handelns im Kindes- und Jugendalter ausgedehnt.

Sieht man sich die Entwicklungen in den verschiedenen Feldern und der Kinder- und Jugendhilfe an, so wird deutlich, dass die Bedeutung von Gewaltprävention auch erst seit wenigen Jahren so stark betont wird. Während zu Beginn der 1990er-Jahre zunächst die steigenden Zahlen von tatverdächtigen Kindern und Jugendlichen insgesamt Sorgen bereiteten und eine breite Auseinandersetzung um die präventiven Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Feld – ggf. in Kooperation mit anderen Akteuren wie der Schule, der Polizei, der Justiz – einsetzte, rückte etwa zur Jahrtausendwende zunehmend der Gewaltaspekt in den Vordergrund. Die Debatte um die sogenannten Mehrfach- und Intensivtäter einerseits und eine Reihe schwerer Straftaten mit rechtsextremistischem Hintergrund waren dabei nur zwei Ausgangspunkte der Diskussion, die durch die bundesweit bekannt gewordenen Amokläufe einen erheblichen Zuwachs an Dynamik und Aufmerksamkeit erfuhr.

Der Amoklauf von Erfurt lieferte auch den Anlass für eine Initiative der Ministerpräsidenten der Länder, in deren Rahmen auch eine Überblicksdarstellung zum Stand der Fachpraxis in Bezug auf Gewaltprävention erarbeitet werden sollte¹⁸⁶, um auf dieser Basis Empfehlungen für deren Weiterentwicklung zu formulieren (Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention 2007). Folgt man dieser Überblicksdarstellung, lässt sich der Stand der Gewaltprävention in der Kinder- und Jugendhilfe etwa wie folgt zusammenfassen: Auffällig ist in den letzten zwei Jahrzehnten zunächst ein deutlicher Trend zu einer Vorverlagerung der Präventionsstrategien. Damit verbunden ist die Entdeckung eines „neuen“ Handlungsfeldes der Gewaltprävention in der Kindertagesbetreuung, auch

¹⁸⁵ Nach § 9 Jugendschutzgesetz dürfen Jugendliche ab 16 Jahren Bier, Wein, Apfelwein o. ä. Getränke erhalten und trinken, jedoch keinen Branntwein oder branntweinhaltige Getränke.

¹⁸⁶ Die daraufhin von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention am Deutschen Jugendinstitut in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Forum für Kriminalitätsprävention und unter Beteiligung einer ganzen Reihe von einschlägigen Expertinnen und Experten erarbeitete Überblicksdarstellung wurde 2007 veröffentlicht.

wenn im Zusammenhang mit dieser Altersgruppe eher von Konflikten als von Gewalt gesprochen werden sollte. Dennoch ist gerade die Entwicklung im jungen Lebensalter von hoher Bedeutung, da u. a. eine qualitativ gute Tagesbetreuung zur Resilienz beitragen kann (Holthusen/Schäfer 2007).

Konzentriert man den Blick auf Gewaltprävention im engeren Sinn, rücken die außerschulischen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe stärker in den Blick. Weil Erfahrungen von Gewalt in ihren unterschiedlichen Formen Teil, aber eben auch nur ein Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sind, ist der Umgang mit Gewalt für die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe auch ein zentraler Aspekt. Gewaltprävention ist dabei eine Aufgabe, die sich von der Erziehung zur Konfliktlösung in Kindertageseinrichtungen und den vielseitigen Hilfen für Familien über die Jugendarbeit, die außerschulische Jugendbildung, die Jugendsozialarbeit, den Jugendschutz bis hin zur Jugendhilfe im Strafverfahren/Jugendgerichtshilfe in den verschiedenen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe wiederfindet.

In diesem Bereich können die Strategien der Gewaltprävention danach unterschieden werden, ob sie sich unspezifisch an alle Jugendlichen oder wesentlich an solche Jugendlichen wenden, bei denen das begründete Risiko von Gewaltverhalten besteht. Im letzteren Fall kann noch einmal differenziert werden: in Konstellationen, in denen es Konflikte gab oder eine „gefühlte“ Gefährdung durch Gewalt besteht sowie in Situationen mit manifester Gewalt, in denen Jugendliche zu Tätern geworden sind. Ein eigener Bereich sind Strategien, die sich mit Jugendlichen als (potenziellen) Opfern von Gewalt befassen. Gleichsam auf einer übergeordneten Ebene finden sich Strategien zur fachlichen Weiterentwicklung der Gewaltprävention in der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Projekte zur Gewaltprävention sind überwiegend zeitlich befristet, sodass rasch Anpassungen an neue Entwicklungen möglich sind. Gleichzeitig verbinden sich damit aber auch Risiken von Diskontinuität und Abhängigkeit von fachfremden Erwägungen. Großen Einfluss haben vor allem die (derzeit eher begrenzten) Möglichkeiten und Prioritäten öffentlicher Haushalte. Ein anderes großes Manko der Gewaltprävention in der Jugendhilfe ist deren starke Abhängigkeit von einzelnen spektakulären Ereignissen und den damit verbundenen öffentlichen Diskussionen. Die Finanzierung von Projekten und damit die Handlungsmöglichkeiten der Träger der Jugendhilfe unterliegen deshalb nicht selten „konjunkturellen Schwankungen“.

Neben den Hilfen beim Umgang mit altersgemäßen Konflikten als Vorbereitung auf ein Leben ohne Gewalt steht vor allem das Thema der altersgemäßen Gewalt junger Menschen auf der Agenda der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe. Dies geschieht in den eigenen Einrichtungen, aber auch in der Öffentlichkeit und in den Einrichtungen anderer Organisationen und Institutionen. In den letzten Jahren hat vor allem die Kooperation mit den Schulen stark zugenommen und sich generell, besonders aber in der Gewaltprävention verbessert. Eine enge Zu-

sammenarbeit gibt es auch mit der Polizei und der Justiz im Rahmen der Jugendhilfe im Strafverfahren bzw. der Jugendgerichtshilfe.

Weil der Sozialraum für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen einerseits wichtig ist, ihre Interessen dort aber andererseits kaum berücksichtigt werden, ist er ein wichtiger konzeptueller und praxisrelevanter Bezugspunkt für gewaltpräventive Strategien.

Da Jugendliche zudem in unterschiedlichen regionalen, sozialen und kulturellen Milieus aufwachsen, die ihre Einstellungen und ihr Verhalten wesentlich prägen, knüpft Jugendhilfe mit ihren Angeboten an diese Milieus an. Dies gilt für die Freizeitheime, die aufsuchende, mobile Jugendarbeit (Streetwork) oder für die Fanarbeit im Sport. Die Erfahrungen junger Menschen mit Gewalt spiegeln häufig ihren jeweiligen Alltag in sozialen Brennpunkten der Großstädte mit Armut und Perspektivlosigkeit wider. Körperliche Stärke und Durchsetzungsfähigkeit sind dort nicht selten entscheidend für den Zugang oder den Nichtzugang zu Chancen. Hinzu kommt, dass nicht wenige Minderjährige in kulturell anderen Milieus aufgewachsen sind, einige von ihnen in vom Bürgerkrieg geprägten Ländern mit entsprechenden traumatisierenden Erfahrungen. Es gibt inzwischen vermehrt Bemühungen, diese Erfahrungen und ihre Relevanz durch die gezielte Vermittlung von Wissen oder durch die Einbindung von Fachkräften aus diesen Ländern oder Milieus in gemischte Teams in die Arbeit einzubeziehen. Dennoch besteht Entwicklungsbedarf, auch in Bezug auf geschlechtsspezifische Arbeit. Während es seit Langem eine gut entwickelte Mädchenarbeit gibt, ist Jungenarbeit – trotz erster positiver Ansätze – noch immer unterentwickelt. Jungen lernen noch immer vor allem, körperliche Kraft und Stärke zur Lösung von Konflikten einzusetzen. Damit sichern sie zwar ihren Rang in der Gruppe der männlichen Gleichaltrigen, werden aber außerhalb der Gruppe für das gleiche Verhalten bestraft.

17.4.1 Unspezifische Strategien mit gewaltpräventivem Anteil

Die Kinder- und Jugendhilfe stellt vielfach, ihrem grundlegenden Auftrag „Entwicklung und Erziehung“ folgend, Angebote bereit, in denen gewaltfreie Konfliktlösungen erlernt werden können. Diese Angebote haben jedoch stets mehrere Ziele, wobei Gewaltprävention nicht unbedingt im Zentrum steht. Sie richten sich an alle Kinder und Jugendlichen, unterscheiden nicht zwischen „Gewalttätigen“ und „Normalen“ und wollen Diskriminierungen vermeiden. Die inhaltliche Ausrichtung der Angebote knüpft an den Interessen der jeweiligen Altersgruppe an und richtet sich nicht an Einzelne. Kinder und Jugendliche werden als Mitglieder einer oder mehrerer Gruppen wahrgenommen.

17.4.2 Strategien der Jugendhilfe für Zielgruppen mit unmittelbarem Gewaltbezug

Ein zweiter Typus von Strategien der Jugendhilfe richtet sich an junge Menschen in Situationen, in denen Erwach-

sene hohe Gewaltrisiken vermuten. Mit diesen Strategien verbinden sich zwei unterschiedliche Erwartungen an pädagogisches Handeln:

Zum einen sollen die Angebote für die Erziehung hinderliche Faktoren beseitigen. Die Entwicklung der Jugendlichen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten steht im Mittelpunkt. Die Angebote setzen an den Interessen der Jugendlichen an und dabei wird mit ihnen gemeinsam nach Lösungen gesucht.

17.4.3 Mit gewalttätigem Verhalten auffällig gewordene Jugendliche

Zum anderen sind für die meist männlichen gewalttätigen Jugendlichen, die von Polizei und Justiz bereits erfasst worden sind, besondere Strategien und Maßnahmen entwickelt worden. Sie setzen, egal ob die Gewalt von Einzelnen oder Gruppen begangen wurde, meist am einzelnen „Täter“ bzw. „Tatverdächtigen“ an. Die sehr kleine Zahl der „Mehrfach- und Intensivtäter“ gilt vielfach als unerreichbar, aber auch hier geht die Kinder- und Jugendhilfe prinzipiell davon aus, dass pädagogische Ansätze dazu beitragen können, Gewaltverhalten zu verhindern.

Zunächst sind für straffällige Jugendliche in erster Linie Polizei und Justiz zuständig. Mit Ermahnungen, Auflagen oder strafrechtlichen Verfahren üben sie Druck oder sogar Zwang auf die Jugendlichen aus. Weil die beschränkte Reichweite strafender Strategien aber bekannt ist, setzen auch Polizei und Justiz vor allem auf pädagogische Strategien. Und dafür ist vorrangig die Jugendhilfe zuständig. Sie entwickelt die pädagogischen Angebote und bringt diese in das strafrechtliche Verfahren ein, wodurch es zu einer engen Kooperation von Jugendhilfe und Justiz kommt.

Grundsätzlich gilt, dass die institutionellen Reaktionen, bei wegen Gewalt straffälligen Jugendlichen ebenso wie bei allen straffälligen Jugendlichen, von drei Prinzipien geprägt sind:

- Hilfe geht vor Strafe,
- vor dem formellen Verfahren wird ein informelles angewandt und
- ambulante Maßnahmen haben Vorrang vor stationären Maßnahmen.

Um diese Prinzipien realisieren zu können, ist eine gute Kooperation zwischen Jugendhilfe und Justiz notwendig, bei der die Jugendhilfe die Angebote bereitstellt. Die Jugendhilfe im Strafverfahren (Jugendgerichtshilfe) regt früh eine informelle Verfahrenserledigung an und ist Trägerin der ambulanten Maßnahmen. An dieser wichtigen Schnittstelle betont die Kinder- und Jugendhilfe nicht die (Gewalt-)Tat und deren Bestrafung, sie macht vielmehr auf die Lebenslagen und die Probleme der Jugendlichen aufmerksam. Damit diese ihr Leben zukünftig möglichst gewaltfrei gestalten können, macht sie zudem pädagogische Angebote, wie z. B. soziale Trainingskurse.

Wird ein Jugendlicher wegen einer Gewalttat verurteilt, werden häufig solche Kurse als Sanktion verhängt. In

diese Kurse werden straffällige Jugendliche und junge Erwachsene, die wegen einer mittelschweren Straftat verurteilt wurden, durch jugendrichterliche Weisung vermittelt. Dort sollen sie sich vor allem mit sich selbst und ihrer Situation, mit ihrem Verhältnis zu Gewalt und Drogen, mit den Problemen in Familie, Schule, Beruf oder Partnerschaft auseinandersetzen. Soziale Trainingskurse knüpfen an der Lebenswelt der Jugendlichen an und werden in Fachkreisen inzwischen allgemein als Alternative zu Arbeitsauflagen, Geldstrafen und Jugendarrest akzeptiert. Auch hier gilt grundsätzlich: Nicht die Person, sondern das gewalttätige Verhalten wird abgelehnt. Die Jugendlichen sollen lernen, ohne oder mit möglichst wenig Gewalt zu leben. Sie lernen, Regeln und Normen einzuhalten, vorausschauend zu handeln, ihre Reflexionsfähigkeit zu verbessern, Verantwortung zu übernehmen, ihr Selbstbewusstsein zu stärken, ihre Ausdrucksmöglichkeiten zu erweitern und Konflikte gewaltfrei zu lösen. Häufig sind körperbezogene Formen der Erlebnispädagogik ein Teil der Angebote, da Erlebnispädagogik auch jene Jugendlichen anspricht, die sonst kaum erreichbar wären.

Die Strategien, die sich auf gewaltauffällige Jugendliche beziehen, sind meist stark am Einzelfall orientiert und auf konkretes Gewaltverhalten bezogen. Deshalb findet sich hier tendenziell eher eine Defizit- als eine Ressourcenorientierung. Hauptkooperationspartner der Kinder- und Jugendhilfe ist dabei die Justiz, die die pädagogischen Angebote der Jugendhilfe inzwischen auch für schwierige Fälle akzeptiert. Für beide Institutionen gilt, erzieherische Hilfen haben Vorrang vor strafenden Sanktionen. Die Angebote richten sich weitgehend unspezifisch an die straffällig gewordenen Jugendlichen und vernachlässigen – bis auf wenige Ausnahmen – geschlechtsspezifische Aspekte. Generell gilt, dass die aktive Beteiligung der Minderjährigen an der Gestaltung von Angeboten sowohl mit der Intensität der Gewalt als auch dem Gewaltbezug von Maßnahmen abnehmen.

17.4.4 Strategien des Opferschutzes

Die potenziellen oder tatsächlichen jugendlichen Opfer von Gewalt werden in der Kinder- und Jugendhilfe bisher kaum als Zielgruppe gesehen. Allenfalls ansatzweise kann von opferbezogenen Strategien gesprochen werden. Eine opferorientierte Gewaltprävention ist für die Kinder- und Jugendhilfe in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung. Zunächst haftet der „defizitären“ Rolle des Opfers auch in der Pädagogik immer noch eher etwas Negatives an. Gerade für männliche Jugendliche ist das Opfer schwach, es wird quasi mit einem Tabu belegt. „Opfer“ ist derzeit unter Jugendlichen sogar ein besonders beleidigendes Schimpfwort. Zentrale Erkenntnis ist aber, dass jugendliche Täter fast immer auch Opfer von Gewalt waren oder noch sind. Deshalb ist es strategisch wichtig, den Täter-Opfer-Statuswechsel in fachliche Konzepte einzu beziehen und bei Jugendlichen beide Seiten zu sehen. Eine Reduzierung auf Opfer oder Täter greift bei vielen von ihnen zu kurz.

So müssen, auch wenn der *Täter-Opfer-Ausgleich* (TOA) in Deutschland bisher tendenziell eher in der pädagogi-

schen Arbeit mit den Tätern eingesetzt wird, gerade auch seine Bezüge zum Opfer herausgestellt werden. Für Opfer und Täter ist diese Strategie hilfreich: Dem Opfer wird die Verarbeitung der Tat erleichtert und es kann Furcht abbauen, dem Täter werden durch die Konfrontation mit den Tatfolgen keine Neutralisierungsstrategien erlaubt.

17.4.5 Gewaltprävention durch Information, Qualifikation, Beratung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Koordination und Forschung

Gleichsam auf einer Metaebene bewegt sich die Strategie, Gewaltprävention durch Information, Qualifikation, Beratung, Koordination und Forschung zu fördern. Die Ausdifferenzierung der Ansätze auf lokaler Ebene und deren Unübersichtlichkeit machen bessere Strukturen für den Austausch erforderlich. So ist es notwendig, die lokalen Projekte, Programme und Arbeitsansätze zu überschauen und den Fachdiskussionen zugänglich zu machen. Diese Aufgaben werden von unterschiedlichen Institutionen auf Länder- und Bundesebene wahrgenommen. Ebenso ist auch mehr Evaluation notwendig.

Lässt man diesen Stand der Dinge im Horizont der zuvor angedeuteten Alltagsgewissheit, dass Gewaltausübung immer etwas mit Verletzung mindestens aufseiten des Opfers zu tun hat, Revue passieren, dann fällt auf, dass in der Kinder- und Jugendhilfe Gewalt bislang vor allem als ein soziales, unter bestimmten Bedingungen auch rechtlich relevantes, aber nur selten als ein gesundheitliches Problem verstanden wird. Auf die hier im Kapitel A vorgestellten Konzepte wird so gut wie nie Bezug genommen, obwohl sich die Zusammenhänge leicht und zwangslos herstellen ließen. De facto hat man es mit einer weitgehend versäulten und gegenüber der Gesundheitsdiskussion abgeschotteten Praxis zu tun.

Ein Grund hierfür mag in der nach wie vor starken Konzentration der meisten praktischen Ansätze auf der Seite des Täters bzw. der Täterin liegen. Ansätze, die Kinder und Jugendliche als Opfer von Gewalttaten in den Mittelpunkt stellen, sind – sieht man einmal vom Handlungsfeld Familie und vereinzelter Initiativen der Polizei ab – dagegen kaum auszumachen.

Ohne explizit auf den Gesundheitsaspekt Bezug zu nehmen, wurde deshalb in dem erwähnten Expertisenband als eine zukünftige fachliche Herausforderung die stärkere Berücksichtigung des Opfers hervorgehoben. Im Horizont der gesetzlichen Reformen der letzten Jahre, wie des Opferrechtsreformgesetzes, des Gewaltschutzgesetzes und des Rechts auf gewaltfreie Erziehung wurde dafür plädiert, nicht nur die Umsetzung dieser Gesetze weiter zu verbessern, sondern auch sicherzustellen, dass Gewaltopfer bei Bedarf eine psychosoziale Betreuung zur Bewältigung der Tatfolgen erhalten und die Opfersituation konsequenter als bisher zu einem Ausgangspunkt fachlichen Handelns in diesem Bereich wird: Kein Kind und kein Jugendlicher „möchten gerne als Opfer adressiert und so auf diese insbesondere von den männlichen Gleichaltrigen sehr negativ besetzte Rolle festgelegt werden. Hier ist vor allem die Kinder- und Jugendhilfe gefor-

dert, geeignete Ansätze zu entwickeln, die diese Jugendlichen auch in gruppenbezogenen Angeboten erreichen und unterstützen können“ (Arbeitsstelle Kinder und Jugendkriminalitätsprävention 2007, S. 303).

Ein zentrales Argument dafür ist darüber hinaus die Einsicht, dass, wie schon angedeutet, in den meisten Fällen gar nicht klar unterschieden werden kann, wer jeweils Täter und wer Opfer ist, und dass diese scheinbar klare Gegenüberstellung verschwimmt, je mehr man die Vorgeschichten mit einbezieht. Gerade für das Jugendalter gilt, dass dieselbe Person häufig sowohl Täter- als auch Opfererfahrungen hat: „Empirische Forschungen zeigen erstens, dass jugendliche Gewalttäter häufig zuerst auch Opfer von Gewalt geworden sind, zweitens, dass sich häufig erst im Verlauf von gewalttätigen Interaktionen zwischen Jugendlichen entscheidet, wer später als Täter oder als Opfer gesehen wird, und dass drittens das Viktimisierungsrisiko von jugendlichen Gewalttätern ebenfalls besonders hoch ist. Diese Zusammenhänge werden unter dem Begriff Täter-Opfer-Statuswechsel zusammengefasst. Für gewaltpräventive Strategien bedeutet dies, dass die Rollen austauschbar sind, d. h. Arbeit mit den Tätern ist auch Arbeit mit Opfern, bzw. wird mit Opfern gearbeitet, kann es gut sein, dass man es auch mit Tätern zu tun hat. Eine weitere Perspektive ist, dass so verstandener Opferschutz gleichzeitig Täterprävention sein kann. Sollen diese Erkenntnisse in Sinne einer Lernchance fruchtbar gemacht werden, bedeutet dies, sich in vielen Fällen von den eindeutigen Rollenzuweisungen ‚Täter‘ und ‚Opfer‘ verabschieden zu müssen. Der Blick muss komplexere Konstellationen erfassen“. (ebda. S. 305) Folgt man dieser Argumentation, muss auch die zuvor erwähnte Alltagsevidenz erweitert werden. Gewalthandeln im Kindes- und Jugendalter in allen Formen bedeutet für alle Beteiligten auch gesundheitliche Beeinträchtigungen. Soweit zu sehen, ist diesem Aspekt und seinen praktischen Implikationen in der Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Tendenziell gilt dies auch für alle anderen Formen der Delinquenzprävention.

17.5 Schnittstellen

17.5.1 Gesundheitsbezogene Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Schule

In der Praxis der schulbezogenen Jugendsozialarbeit (vgl. § 13 SGB VIII) bzw., wie sie auch genannt wird, Jugendsozialarbeit an Schulen, schulbezogene Jugendarbeit, Schulsozialarbeit – trotz intensiver Ausdifferenzierung und Diskussion im zurückliegenden Jahrzehnt – dominieren nach wie vor die schulergänzenden Leistungen. Gemeinsam mit allen anderen Akteuren (Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern wie auch Eltern) hat sie die Aufgabe, Schule als positive Lebenswelt für junge Menschen zu gestalten.

Einen in Teilen allerdings nicht mehr ganz aktuellen bundesländerbezogenen Überblick über den Stand der Kooperationspraxis von Jugendhilfe und Schule in Deutsch-

land liefert das „Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule“ (Hartnuss/Maykus 2004). Danach übernimmt sie Schnittstellenaufgaben zwischen Schule und Jugendamt, aber auch zwischen Schule und Erziehungs- und Suchtberatungsstellen sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem soll im Rahmen von schulbezogener Jugendsozialarbeit der oft schwierige Übergang benachteiligter junger Menschen von der Schule in das Berufsbildungssystem begleitet werden.

Zu den kooperativ zu erbringenden Aufgaben der Schulsozialarbeit gehören u. a. die Förderung von schulrelevantem Sozialverhalten (z. B. in Form von Streitschlichterprogrammen) und sozialen Fertigkeiten sowie die Begrenzung sozialer Auffälligkeiten im Schulkontext (z. B. im Fall aggressiven Verhaltens) und die Ausgestaltung eines lernfördernden Schulklimas. Im Sinne ihrer präventiven Ausrichtung bezieht die Schulsozialarbeit auch Schülerinnen und Schüler mit in ihren Angebotskreis ein, die nicht als problematisch gelten. Innerhalb dieses Rahmens ist Schulsozialarbeit auch in gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung involviert. Sie ist im Verlauf der zurückliegenden Jahre – nicht nur in Modellprojekten einer gesundheitsförderlich arbeitenden Schule – zu einem wichtigen Aufgabenträger geworden. Der überwiegende Teil der Angebote in diesem Bereich ist projektbezogen und hat Präventivcharakter bzw. ist ein in den pädagogischen Alltag integriertes Element. Die Konzepte und die Art und Weise ihrer Umsetzung variieren dabei von Bundesland zu Bundesland und in den inhaltlichen Zuschnitten erheblich.

Gesundheitsbezogene Prävention im Bereich der Schulsozialarbeit erfolgt hauptsächlich durch projekt- und aktionsförmig durchgeführte Angebote in den Bereichen der Stärkung sozialer Fertigkeiten, der Vermeidung von Aggression und der Suchtprävention. Im ersten Bereich geht es vor allem um die Vermittlung und Stärkung von individuellen sozialen Fertigkeiten und allgemeinen Lebenskompetenzen mit dem Ziel der Vermeidung von (schulbezogenen) Auffälligkeiten im Sozialverhalten (z. B. Verhinderung der Eskalation von Konflikten zwischen Schülern), aber auch um die Förderung von Resilienz. Des Weiteren zielen diese Angebote darauf ab, Schülerinnen und Schülern Selbstwirksamkeitserlebnisse (auch als Ich-Stärkung beschrieben) durch nicht-aggressives Sozialverhalten zu ermöglichen. Solche Angebote werden in der Regel in Form von modularisierten Trainingsprogrammen durchgeführt.

In engem Zusammenhang damit befasst sich der zweite große Themenblock der gesundheitsbezogenen Prävention im Rahmen der Schulsozialarbeit mit Anti-Aggressions- bzw. Anti-Gewalttrainings. Wie bereits in Teil B, Kap. 8.2.4 dargestellt wurde, bedeutet aggressives Verhalten junger Menschen (auch im Schulkontext) in allen Formen und für alle Beteiligten eine gesundheitliche Beeinträchtigung. Vor diesem Hintergrund haben Anti-Aggressions-/Anti-Gewalttrainings eine ähnliche Zielsetzung wie die Trainings sozialer Fertigkeiten: Durch Vermittlung von entsprechenden Fähigkeiten und durch soziales Lernen im Gruppenkontext werden den Teilneh-

mern solche alternativen Handlungsmöglichkeiten zu aggressivem Verhalten angeboten, die der Eskalation von Auseinandersetzungen vorbeugen, zudem werden Selbstwirksamkeitserlebnisse im prosozialen Bereich und soziales Lernen im Gruppenkontext ermöglicht. Diese Trainingsprogramme werden vor allem für Schülerinnen und Schüler der Altersgruppe von 12 bis 18 Jahren (Sekundarbereich) angeboten.

Das dritte große Themenfeld der gesundheitsbezogenen Prävention im Rahmen von Schulsozialarbeit stellt die Suchtprävention (bezogen auf Alkohol, Nikotin, Cannabis)¹⁸⁷ dar. Programme zur Suchtvermeidung bedienen sich unterschiedlicher Methoden: Zum einen vermitteln sie in medial gestützter Weise (z. B. unter Verwendung von Broschüren, Informationsmaterialien etc., wie sie von der BZgA für unterschiedliche Themenbereiche konzipiert sind) Information und Aufklärung über Drogen und andere Suchtmittel. Zum anderen wird in solchen Programmen – ähnlich wie bei Trainings sozialer Kompetenz bzw. Anti-Aggressions-/Anti-Gewalttrainings – durch Vermittlung alternativer Verhaltensstrategien (z. B. Stressbewältigung in Form von körperlicher Aktivität an Stelle von Alkoholkonsum), durch Rollenspiele im Gruppenkontext und durch Vermittlung von Selbstwirksamkeitserfahrungen (im Sinne der Ich-Stärkung) dem (abhängigen) Konsum von Suchtmitteln vorgebeugt. Auch die projektbezogenen Angebote der Suchtprävention sind vor allem für die Altersgruppe der 12- bis 18-Jährigen konzipiert.

Die Kinder- und Jugendhilfe ist in den drei genannten Praxisbereichen der schulbezogenen Jugendarbeit kein alleiniger Akteur. Vielmehr wird dabei auf Expertinnen und Experten aus angrenzenden Disziplinen rekurriert (z. B. Suchthilfe), um projektbezogene Angebote der Prävention im schulischen Kontext zu realisieren. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen zielt Schulsozialarbeit mit dem Fokus der gesundheitsbezogenen Prävention auf die individuelle Ressourcenstärkung im Sinne von Resilienzförderung und Empowerment von Heranwachsenden ab.

Neben der Durchführung von projektbezogenen Angeboten der Gesundheitsprävention trägt Schulsozialarbeit zur Gesundheitsförderung als Teil der pädagogischen Praxis (implizite Gesundheitsförderung) bei. Hier konzentrieren sich ihre Aufgaben zum einen auf die Integration von verhaltensauffälligen¹⁸⁸ und lernbeeinträchtigten Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischen Förderbedarfen in den Regelschulunterricht, und darauf, die damit verbundenen Probleme abzumildern, ihre persönliche und schulische Situation zu verbessern und auch ihre Integration im außerschulischen Bereich zu erleichtern. Dazu bedient sich die Schulsozialarbeit neben der individuellen Förderung (z. B. durch enge Kooperation mit ambulanten Erziehungshilfen sowie den Eltern) auch der Methoden

¹⁸⁷ Die Suchtprävention im Kontext der Schulsozialarbeit bezieht sich (noch) kaum auf nichtstoffgebundene Süchte wie beispielsweise exzessives Computerspielen.

¹⁸⁸ Zur individuellen und sozialen Problematik von Heranwachsenden mit ADHS bzw. Lese-Rechtschreibschwäche vgl. Teil B, Kap. 7.2.7.

des sozialen Lernens im Gruppenkontext (z. B. in Form von Sozialtrainings). Zielgruppe derartiger Angebote sind vor allem Schülerinnen und Schüler im Grundschulalter, um durch rechtzeitige Intervention einer möglichen Negativentwicklung (wie Sonderbeschulung oder Schulverweigerung) vorzubeugen.

Neben der Konzentration auf umschriebene Schüler(problem-)gruppen leistet die Schulsozialarbeit Beiträge zur Gestaltung eines lern- und schülerfreundlichen Schulklimas, um die Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens aller am schulischen Leben Beteiligten zu fördern. Die Angebote hierzu sind unterschiedlichen Charakters: Bewegungsfreundliche Schulpausen, Angebote der Stressbewältigung in Form von Ruhe- und Entspannungsphasen/-programmen gehören ebenso dazu wie Anregung und Gestaltung von Ruhe- und Rückzugsräumen. Schulsozialarbeit hat in vielen Fällen eine Anregungsfunktion oder zumindest das Anregungspotenzial für eine implizite Gesundheitsförderung von Schülerinnen und Schülern. Sie unterstützt sie sowie Lehrkräfte und Eltern durch Information und Serviceleistungen bei der Umsetzung einer lern- und schülerfreundlichen Atmosphäre. Die Angebote der Schulsozialarbeit, die zu einer impliziten Gesundheitsförderung im Schulkontext beitragen, sind zudem für alle Altersgruppen und alle Schulformen konzipiert, wobei das Gymnasium hier etwas benachteiligt ist, weil es dort viel seltener als an anderen Schulen Schulsozialarbeit gibt.

Kinder- und Jugendhilfe ist im Rahmen der schulbezogenen Sozialarbeit häufig der Initiator für implizite Gesundheitsförderung. Sie ist dabei vor allem auf die Unterstützung von anderen Akteuren im Schulkontext (Eltern, Lehrerinnen und Lehrer) angewiesen, um ihr Aktionspotenzial zu realisieren. Insgesamt zielt Schulsozialarbeit mit dem Fokus der impliziten Gesundheitsförderung im Schulalltag auf die Stärkung der (individuellen) Verwirklichungschancen, der Partizipation und des Empowerments von Heranwachsenden ab.

17.5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie ist einerseits geprägt davon, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie von den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe die langfristige pädagogische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung erwartet. Andererseits möchte die Kinder- und Jugendhilfe die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nämlich Diagnostik, Begutachtung, Behandlung und Krisenintervention nutzen. Kooperation ist vor allem aus folgenden Anlässen geboten, wobei diese Kooperation bisher nicht immer im nötigen Maße und auch keineswegs ohne Reibungsverluste läuft:

- Erwachsenen- und ggf. Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendhilfe sollten ggf. gemeinsam ihre Verantwortung für die Betreuung und rechtzeitige Förderung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern wahrnehmen (Fegert/Besier 2008; Kölch 2008);

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe sollten ggf. gemeinsam ihre Verantwortung für die Frühförderung von (seelisch) behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern wahrnehmen (Späth 2004, S. 499).

- Eine vom Jugendamt veranlasste kinder- und jugendpsychiatrische „Abklärung“ bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Hilfeplanung und Hilfestellung, auf die dann möglicherweise eine psychiatrische Diagnose und eine stationäre Behandlung folgen, ehe eine Jugendhilfemaßnahme ins Auge gefasst wird. Diese Möglichkeit einer frühzeitigen Diagnostik und Behandlung wird aus Sicht von Fegert/Besier (2008) noch zu wenig genutzt, da psychiatrische Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen in teilstationären und stationären Angeboten (Schmid 2007) gezeigt haben, dass diese ein erhebliches Maß an klinisch relevanten psychischen Auffälligkeiten zeigten, aber nur selten aufgrund einer (drohenden) seelischen Behinderung (§ 35a SGB VIII) betreut werden und u. a. deshalb auch nur selten die entsprechende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bekommen (vgl. Kap. 17.2.3). Damit werde die Chance einer interdisziplinären Kooperation seitens der Kinder- und Jugendhilfe vertan, womit die Gefahr einer Chronifizierung der Störungen dieser Kinder und Jugendlichen steige, was nicht nur eine dauerhafte Beeinträchtigung für sie selbst bedeute, sondern auch hohe von der Gesellschaft zu tragende Folgekosten nach sich ziehe.

- Feststellung der psychischen Störung bei einer (erwogenen) Eingliederungshilfe nach § 35a (mögliche (drohende) seelische Behinderung): Als fachlich geeignete Personen für die Erstellung der Diagnose gelten nach § 35a, (1) SGB VIII vor allem Kinder und Jugendpsychiaterinnen und Psychiater. Die Erstellung der klinischen Diagnose erfolgt einheitlich nach dem Klassifikationssystem der WHO, derzeit die ICD 10.¹⁸⁹ Nach Erhalt der Diagnose ist es die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Verfahren festzustellen, ob durch die gegebenenfalls diagnostizierte psychische Störung eine Teilhabe-Beeinträchtigung gegeben ist. Dafür gibt es in der Kinder- und Jugendhilfe kein einheitliches Feststellungsverfahren. Wird eine (drohende) seelische Behinderung festgestellt, so ist die Kinder- und Jugendhilfe nach § 6 SGB IX zu-

¹⁸⁹ Die klinische Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt in der Regel nach der ICD 10 und dem Multiaxialen Klassifikationssystem mit folgenden sechs Achsen:

Achse 1: ggf. Hauptdiagnose (z. B. (hyperkinetische) Störung des Sozialverhaltens) bzw. Ausschluss einer psychischen Störung und ggf. Nebendiagnose (z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch);

Achse 2: Entwicklungsstörungen (z. B. ADHS, Lese- und Rechtschreibstörung);

Achse 3: Intelligenzniveau;

Achse 4: körperliche Störungen;

Achse 5: psychosoziale Belastung (betrifft die ggf. „abnormen“ psychosozialen Lebensumstände des Kindes);

Achse 6: allgemeine psychosoziale Anpassung oder psychosoziales Funktionsniveau (Grad sozialer Beeinträchtigung und die Zahl der davon betroffenen Bereiche).

ständig für die Erbringung von Eingliederungshilfen für Heranwachsende und junge Volljährige. Damit ist die Kinder- und Jugendhilfe ebenso wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie ein Rehabilitationsträger. Somit gelten für beide Systeme die Regelungen in §§ 10 bis 12 SGB IX für die Kooperation von verschiedenen Rehabilitationsträgern (vgl. Späth 2004).

- Begutachtung von Jugendlichen nach § 1631b BGB (freiheitsentziehende Maßnahmen): Wenn die Kinder- und Jugendhilfe für Heranwachsende eine freiheitsentziehende Maßnahme in einer ihrer Einrichtungen in Erwägung zieht, muss dafür eine Genehmigung des Familiengerichts eingeholt werden, die nicht nur auf der Anhörung der Jugendlichen und ihrer Eltern sowie der Stellungnahme des Jugendamts beruht, sondern es müssen auch eine (in der Regel) jugendpsychiatrische Diagnose sowie ein Gutachten zu der Frage erstellt werden, ob ein Freiheitsentzug geeignet, notwendig und verhältnismäßig ist und ob dieser ggf. (zunächst) in einer jugendpsychiatrischen Klinik oder in einer teilgeschlossenen Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe stattfinden soll (Hoops/Permien 2006).
- Begutachtung von jugendlichen Sexualstraftätern, soweit für sie eine Hilfe zur Erziehung in Erwägung gezogen wird oder sie sich bereits in einer solchen Maßnahme befinden.
- Behandlung und Therapie von Klientinnen und Klienten der Kinder- und Jugendhilfe: Diese kann von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie geleistet werden, soweit es sich – auf der Basis einer psychiatrischen Diagnose – um Krankenbehandlung und damit um Leistungen handelt, deren Kosten die Krankenkassen übernehmen müssen (z. B. Einstellung auf bestimmte Medikamente, Psychotherapie). Da einerseits die Behandlung sehr hilfreich sein, andererseits mit einer psychiatrischen Diagnose auch eine Stigmatisierung verbunden sein kann, liegt die Beibehaltung einer Diagnose wie „Störung des Sozialverhaltens“ (nur) so lange im Interesse von Kindern und Jugendlichen, „wie sich daraus ein Anspruch auf eine Hilfeleistung im System der Gesundheitsversorgung oder der Jugend- und Sozialhilfe ableitet“ (Goldbeck/Schulze/Fegert 2004, S. 263). Zudem ist angesichts der Dynamik in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und möglichen Selbstheilungsprozessen davor zu warnen, einmal gestellte Diagnosen „unkritisch ... zu tradieren“ (Goldbeck/Schulze/Fegert 2004, S. 264).
- Formen und Orte der Kooperation: Diagnostik, Behandlung und Therapie können – je nach Bedarf und vor Ort vorhandener (häufig aber ungenügender) Infrastruktur – entweder stationär oder ambulant in Klinikambulanzen oder in freien kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -therapeutischen Praxen vor, während oder nach einer Jugendhilfemaßnahme stattfinden. Um die Kooperation niedrigschwelliger zu gestalten, haben einzelne Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater begonnen, in Einrichtungen

regelmäßig konsiliarärztliche Einzelsprechstunden abzuhalten und – im Rahmen ihrer Abrechnungsmöglichkeiten – auch das Betreuungsteam in Bezug auf den Umgang mit besonders „auffälligen“ Kindern und Jugendlichen zu beraten, aber auch Hinweise des Teams für ihre Behandlung zu nutzen. Wie ein entsprechendes Modellprojekt nachwies, wurde durch diese Form der Kooperation nicht nur das Befinden der Jugendlichen verbessert, sondern auch die Dauer von trotzdem manchmal notwendigen Kriseninterventionen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken reduziert (Goldbeck/Fegert 2008). Dabei ist allerdings zu fragen, wieweit die Kooperation hier und in ähnlichen Fällen auf „gleicher Augenhöhe“ stattfindet oder ob die Betreuenden die psychiatrische Denkweise übernehmen, die – das legt jedenfalls die ICD 10 nahe – nicht unbedingt an den Ressourcen der Jugendlichen orientiert ist (vgl. Dörr 2008).

- Krisenintervention bei Heranwachsenden in (teil)stationären Hilfen zur Erziehung. Diese wird notwendig, wenn die Betreuenden nicht mehr in der Lage sind, deeskalierend auf Kinder und Jugendliche mit (möglicherweise durch Suchtmittelmissbrauch verursachten) aggressiven Impulsdurchbrüchen, suizidalen Tendenzen oder psychotischen Symptomen einzuwirken. Hier sind noch mehr als in den bereits genannten Bereichen der Kooperation Absprachen und möglichst schriftliche Vereinbarungen zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fort- und Vertrauensbildung auf beiden Seiten nötig. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Klinik einerseits zuverlässig „Krisenfälle“ aufnimmt, andererseits Jugendliche wirklich nur im Notfall in die Klinik geschickt werden, und weiter, dass den Jugendlichen keine Möglichkeit gegeben wird, beide Institutionen gegeneinander auszuspielen. Sichergestellt werden muss auch, dass sie nach der Krisenintervention in „ihre“ Einrichtung zurückkehren können und ein „Hin- und Herreichen“ besonders schwieriger Jugendlicher zwischen beiden Hilfesystemen mit seinen negativen Folgewirkungen für alle Beteiligten beginnt (Hoops/Permien 2006).
- Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII, ggf. in Verbindung mit § 35a SGB VIII und Gestaltung der Übergänge zwischen den Systemen (Späth 2004): Können Kinder und Jugendliche nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nicht mehr in ihre Familie oder ihre vorherige Pflegefamilie oder stationären Einrichtung zurückkehren oder müssen zusätzliche Hilfen seitens der Kinder- und Jugendhilfe und/oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie installiert werden, so ist eine rechtzeitige und enge Kooperation zwischen beiden Systemen notwendig, damit die Kinder- und Jugendhilfe ggf. rechtzeitig mit der Hilfeplanung beginnen und – unter Hinzuziehung aller Beteiligten – eine passende Hilfe anbieten kann und der Übergang der Heranwachsenden von einem System ins andere so bruchlos wie möglich gestaltet wird. Dies gilt genauso, wenn für Heranwachsende in Jugendhilfemaßnahmen ein längerfristiger Klinikaufenthalt angezeigt erscheint.

17.5.3 § 35a SGB VIII und Behindertenhilfe

Im § 1 SGB VIII ist das Recht aller jungen Menschen auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenständigen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit festgeschrieben. Doch wurden nur die Hilfen für Kinder mit (drohender) seelischer Behinderung mit dem § 35 a dem SGB VIII und damit der Jugendhilfe zugeordnet und somit von allen anderen behinderungsrelevanten Hilfeleistungen für Kinder mit (drohender) geistiger und körperlicher Behinderung administrativ getrennt. Für die Belange von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung gilt – als Ausnahme und mit einer Vielzahl von Folgen – die Zuständigkeit des SGB IX (Sozialhilfe/Behindertenhilfe).

Eine (drohende) seelische Behinderung wird seitens der Kinder- und Jugendhilfe dann anerkannt, wenn damit zu rechnen ist, dass die durch externe Fachleute festzustellenden psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten eines Heranwachsenden eine wesentliche Einschränkung seiner Teilhabefähigkeit (§ 35 (1) SGB VIII) zur Folge haben könnten (vgl. Kap. 17.5.2), sowie bei

- körperlich nicht begründbaren Psychosen,
- seelischen Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Ist eine (drohende) seelische Behinderung anerkannt, wird über den § 35a SGB VIII Eingliederungshilfe gewährt. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine seelische Behinderung bzw. deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Betroffenen Teilhabe zu ermöglichen. Hierzu gehört vor allem, den behinderten jungen Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Die Eingliederungshilfen für Heranwachsende mit (drohender) seelischer Behinderung sind überwiegend eingebettet in ambulante und (teil)stationäre Erziehungshilfen (vgl. § 35a (4) SGB VIII). Sie werden zum Teil in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapie (vgl. Kap. 17.2. u. 17.5.2) erbracht. Zudem sollen diese Kinder im Vorschulalter soweit wie möglich gemeinsam mit nicht behinderten Kindern in Kindertagesstätten betreut werden (§ 35a (4) vgl. Kap. 16.2.1). Für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren hat die Eingliederungshilfe vor allem das Ziel, Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung zu leisten, sowohl im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht als auch zum Besuch weiterführender Schulen wie zur Berufsvorbereitung.

An den nach § 35a SGB VIII geleisteten Hilfen wird zum einen kritisiert, dass die (teil)stationären Hilfen nicht selten eher einer „Einrichtungslogik“ als dem tatsächlichen Hilfebedarf der Betroffenen folgen. Zum anderen würden bei der Feststellung des Hilfebedarfs und der Hilfestellung bestimmte Gruppen zu wenig beachtet bzw. würde dem Wunsch der Betroffenen nach ambulanten und zugehenden Hilfen nur sehr zeitversetzt nachgekommen (Diakonie Bundesverband 2008). So weist die *Diakonie* z. B. auf eine immer breiter werdende Risikogruppe von Kindern und Jugendlichen aus suchbelasteten Familien hin, die von seelischer Behinderung bedroht oder betroffen sein könnten – aber vielfach nicht identifiziert werden und nicht die nötigen Hilfen erhalten. „Aktuelle Studien verdeutlichen, dass es sich hierbei nicht um ein Randphänomen handelt; ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche haben alkoholabhängige bzw. -missbrauchende Eltern und ca. 30 000 bis 40 000 Kinder und Jugendliche haben drogenabhängige Mütter“ (Diakonie Bundesverband 2008). Vonseiten der *Diakonie* wird zudem beklagt, dass die bestehenden Einrichtungen und Hilfen nicht in ausreichendem Umfang auf diese spezielle Problemlage eingehen. Sie fordert deshalb einen weiteren Ausbau der Angebote für diese Gruppe, die u. U. auch von seelischer Behinderung bedroht sind (vgl. Kap. 19.1).

Eine Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung sehen auch die Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die darauf hinweisen, dass ihre Kliniken bzw. Klinikambulanzen lediglich die Hälfte der epidemiologisch zu erwartenden Kinder und Jugendlichen erreichen. „Versorgungsdefizite bezüglich einer flächendeckenden, ganzheitlichen, ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zeigen sich auch darin, dass nur die Hälfte der Facharztpraxen in Deutschland das Instrument der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung (das eine ambulante und multiprofessionelle Behandlung von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen ermöglicht) umsetzt“ (Diakonie Bundesverband 2008).

Köttgen (2007) führt aus, dass in Hamburg von 1998 bis 2002 die stationäre Unterbringung in Jugendpsychiatrien um 350 Prozent anstieg, während niedrigschwellige Hilfen für Kinder und Jugendliche im Sozialraum abgebaut wurden. Sie weist darauf hin, dass hier nach wie vor die soziale Herkunft über die Hilfeart entscheidet. Therapeutische Behandlungen erfahren Jugendliche aus sozial schwachen Familien aufgrund ihres delinquenten Verhaltens und einer damit einhergehenden Sprachlosigkeit meist nicht.

Für Heranwachsende mit Behinderungen bedeutet die unterschiedliche Zuordnung von (drohender) seelischer oder aber geistiger bzw. körperlicher Behinderung zu unterschiedlichen Leistungsgesetzen, dass sie ohne den Nachweis einer (drohenden) seelischen Behinderung von der Kinder- und Jugendhilfe keine Unterstützung erfahren, da diese dann auf die Zuständigkeit der Sozialhilfe/Behindertenhilfe verweist. Nun gibt es allerdings viele körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, die auch zu einer

Beeinträchtigung im seelischen Bereich führen können oder damit einhergehen. Aufgrund der Zuordnungslogiken zwischen Jugend- und Behindertenhilfe muss in solchen Fällen jeweils geklärt werden, welche Form der Behinderung ausschlaggebend für die Gewährung von Hilfen ist. Für Betroffene bedeutet dies häufig, dass sie Ansprüche auf Hilfe gerichtlich einklagen müssen, d. h. die Gerichte klären dann im Einzelfall den je spezifischen Anspruch auf Hilfen. Hinzu kommt, dass die Sozialhilfe/Behindertenhilfe in der Zuständigkeitslogik der Leistungsträger Vorrang vor der Jugendhilfeleistung hat. So entstehen „Verschiebebahnhöfe“ bzw. „schwarze Löcher“ in der Hilfestellung bzw. Blindheiten gegenüber den realen Hilfebedürfnissen der Betroffenen.

Die rigide Abgrenzung, wie sie zwischen den Leistungsträgern der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe vorgenommen wird, lässt kaum Spielraum für das Eingehen auf den individuellen Hilfebedarf, da sich eine Kooperation über die Leistungssysteme hinweg bis heute nicht entwickelt hat. So wenden sich z. B. Eltern mit behinderten Kindern mit Erziehungsproblemen kaum je an eine Erziehungsberatungsstelle, was *Gerth/Menne* (2008a) darauf zurückführen, dass entsprechende Beratung in den Anlaufstellen für diese Eltern erfolgen würde. Nach Auskunft von Selbsthilfeorganisationen dieser Eltern besteht ein Bedarf nach professioneller Erziehungsberatung aber durchaus, nur fürchten sie, in den Erziehungsberatungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe abgewiesen zu werden.

Bestehende Schnittstellen zwischen der Jugendhilfe, bezogen auf den § 35a und der Behindertenhilfe lassen sich schwer ausmachen, da die Hilfen unabhängig voneinander organisiert werden. Wenn also *Fegert/Besier* (2008) in ihrer Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht – entsprechend den Bedarfslagen der Betroffenen – immer wieder Formen von Komplexleistungen in den Hilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen (ähnlich denen, wie sie in der Frühförderung nun eingelöst werden sollen) fordert, würde dies eine Institutionen wie Leistungsträger übergreifende Koordinierung von Hilfeverfahren bedeuten:

„Unbestreitbar bleibt nämlich, dass vor dem Hintergrund des Integrationsgedankens alle Kinder mit Behinderung oder drohender Behinderung, d. h. alle Kinder mit Teilhabebeeinträchtigung, primär Kinder sind, d. h. junge Menschen mit einem erzieherischen Bedarf. Dieser erzieherische Bedarf ist teilweise gerade wegen der drohenden Behinderung erhöht und damit ist es unsinnig, bei der Organisation von Hilfen für diese Kinder und ihre Familien die Frage der Rehabilitation in Bezug auf die Behinderung, also die Eingliederungshilfe, vom erzieherischen Bedarf zu trennen. Alle Kinder, auch behinderte Kinder, haben ein Recht darauf, dass ihre Bedürfnisse im erzieherischen Bereich wahrgenommen und adressiert werden.“ (*Fegert/Besier* 2008, S. 9).

Dabei muss der Blick konsequent auf die Lebenslage, das soziale Umfeld, die Lebensplanungen der Betroffenen wie ihre Teilhabeerfordernisse gerichtet sein. Innerhalb der Leistungsträgerverantwortungen werden solche Kom-

plexleistungen von den zuständigen Hilfetägern inzwischen in Form von Vernetzungen und Kooperationen im Rahmen der Hilfeplanung angegangen, indem versucht wird, die Hilfen innerhalb des sozialen Nahfeldes zu organisieren (vgl. *Diakonie Bundesverband* 2008, *Fegert/Besier* 2008).

Einige Stellungnahmen bei der Anhörung der Behindertenverbände durch die Kommission des 13. Kinder- und Jugendberichts weisen ebenfalls darauf hin, dass Kinder mit Behinderungen in erster Linie Kinder und nach der UN-Kinderrechtskonvention Subjekte und Träger eigener Rechte sind und von daher nicht zu Objekten von Verwaltungshandeln gemacht werden dürfen. Diese Rechte setzen unter anderem an der eigenen Entwicklungstätigkeit der Kinder an. Unter dieser Perspektive müssten sich die Angebote von Hilfen zur Akteurs- und Subjektorientierung hin verändern. Die Zuschreibung bestimmter Defizite als Grundlage der Leistungsgewährung sowie eine Leistungsbudgetierung seien dann nicht mehr möglich, da die Frage nach der jeweils bestmöglichen Förderung der Entwicklung des Kindes im Vordergrund stehen müsse.

Ein erster Schritt zu den notwendigen Veränderungen könnte nach Auffassung der Behindertenverbände die Schaffung eines „Behinderten-Mainstreaming“ sein, um ein Mitdenken der Belange aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderung zu fördern. So soll bei allen jugendhilfepolitischen Planungen und Maßnahmen sowie bei der Gesetzgebung immer auch gefragt werden, was sie für Kinder mit Behinderung und ihre Familien bedeuten. Auf kommunaler Ebene hieße dies, den Bedarf an Hilfen für Kinder mit Behinderungen von vornherein in die Jugendhilfe-Planungen einzubeziehen, indem auch die Selbsthilfeverbände und Betroffenen gehört werden. München habe als bisher einzige Kommune ein Konzept für eine inklusive Jugendhilfeplanung entwickelt.

Bei auf den Einzelfall bezogenen Hilfeplangesprächen dürfe auch nicht mehr nur auf bereits bekannte Angebote zurückgegriffen werden, da dies zwangsläufig zum Ausschluss von Heranwachsenden mit besonderen Hilfebedarfen führe. Stattdessen müssten passende Hilfen und Teilhabemöglichkeiten für die „Ausgegrenzten“ bereitgestellt werden.

Dies gilt unter anderem auch für die Nutzung der Ferienangebote der Kinder- und Jugendhilfe durch Heranwachsende mit Behinderungen. Im günstigsten Fall wird ihnen bisher die Teilnahme ermöglicht und Sozialamt wie Jugendamt teilen sich die anfallenden Kosten. In weniger günstigen Fällen müssen sich die Eltern aber bisher um die zusätzlichen notwendigen Helfer (und deren Bezahlung) selber kümmern und die Haftungsfragen klären. Häufig jedoch wird seitens der Veranstalter auch von vornherein eine Teilnahme verweigert, ohne dass die Gründe hierfür offen gelegt würden.

Ein Beispiel aus der Gesetzgebung stellt der § 72a/§ 8a SGB VIII dar, der zwar auf alle Einrichtungen im Rahmen der Jugendhilfe abstellt, Heime und andere Einrichtungen der Behindertenhilfe aber bisher gar nicht einbeziehen kann, da diese nicht in die Zuständigkeit des

SGB VIII fallen. Ein solcher Schutzparagraf wäre aber gerade auch für diese Einrichtungen nötig, da amerikanische Studien belegen, dass die Gefährdung durch Missbrauch von Kindern mit einer geistigen Behinderung signifikant höher liegt (Fegert/Besier 2008; vgl. Exkurs 8.3).

18 Junge Erwachsene

18.1 Jugendberufshilfe

Die Gefahr von Arbeitslosigkeit von individuell beeinträchtigten und sozial benachteiligten Jugendlichen ist nach Beendigung der Schulzeit oftmals vorprogrammiert. Für diese Zielgruppen unterhält die Jugendberufshilfe nach § 13 SGB VIII¹⁹⁰ daher umfangreiche und differenzierte Angebote zur beruflichen Orientierung und Qualifizierung durch Beratung, Förderung schulischer Abschlüsse, Berufsorientierung, Berufsvorbereitung, Berufsausbildung, berufliche Weiterbildung und Qualifizierung, Arbeitsvermittlung und Beschäftigung. Die Angebote haben das Ziel der Verbesserung der beruflichen Handlungsfähigkeit sowie der Erhöhung der Eingliederungschancen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Ausbildung und Arbeit. Abgestimmt auf die unterschiedlichen Zielgruppen und die einzelnen Jugendlichen werden vorhandene Kompetenzen gefördert und ggf. bestehende Defizite abgebaut. Ziel ist auch die Vermittlung von Grundfertigkeiten und -kenntnissen durch Qualifizierungsangebote.

Formen der systematischen Prävention und Gesundheitsförderung finden nach Straus (2008) in Einrichtungen der berufsbezogenen Jugendhilfe vor allem als integriertes Angebot im Bildungsbereich (79 Prozent), sowie in Form von Kooperationsprojekten mit Krankenkassen und anderen Einrichtungen (52 Prozent), von Aktionen zu spezifischen Themen (50 Prozent) und von Projekttagen statt (29 Prozent). Vielfach werden in der Praxis mindestens zwei der genannten Formen durchgeführt, sodass die angegebenen Prozentwerte auf Mehrfachnennungen beruhen.

Die gesundheitsbezogenen Angebote und Maßnahmen setzen vor allem auf Information und Aufklärung und zielen auf Empowerment und die Stärkung von Verwirklichungschancen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab. Themenbereiche der gesundheitsbezogenen Information und Aufklärung sind neben Ernährung und Bewegung (Straus 2008) vor allem Sexualität/Verhütung. Für die Vermittlung dieser Themen werden häufig die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die Zielgruppe Jugendliche/junge Erwachsene in beruflicher (Aus-)Bildung entwickelten Materialien genutzt. Spezifische gesundheitsbezogene Angebote

der Jugendberufshilfe für Jugendliche mit Migrationshintergrund sind im Rahmen von Einzelprojekten dokumentiert (z. B. Aktas/Vergili 2007). Über genderspezifische Angebote liegen keine gesicherten Angaben vor.

Projekt BodyGuard

Mit dem *BodyGuard-Projekt* des Internationalen Bundes (IB) in Kooperation mit der BZgA-Initiative „Gut Drauf“ sollen Jugendliche und junge Erwachsene u. a. in Angeboten der Jugendberufshilfe an zehn Modellstandorten in Deutschland durch gesundheitsfördernde Angebote zu gesundheitsbewusstem Verhalten angeregt werden. Ein zentrales Ziel dieses Modellprojekts besteht in der Vermittlung alternativer Handlungsstrategien zum Umgang mit Sexualität, körperlicher Belastung, Stress und ungünstigen Ernährungsgewohnheiten. Im Rahmen des Projekts werden Jugendlichen und jungen Erwachsenen Kochkurse, Ernährungstipps, Bewegungsangebote, Information und Aufklärung im Bereich Sexualität, Austauschmöglichkeiten über Schönheitsideale und Hilfen bei Essstörungen sowie suchtpreventive Maßnahmen angeboten. Zur Umsetzung dieser Ziele bedient sich das Modellprojekt in multimodaler Weise unterschiedlicher Methoden, wie der gesundheitsbezogenen Information und Aufklärung (z. B. Neues über den eigenen Körper erfahren), der Gesundheitspädagogik (z. B. spielerisch gesundes Essen kochen und genießen lernen), der Prävention (z. B. im Bereich Drogen) und der impliziten Gesundheitsförderung im Rahmen von Angeboten der Jugendberufshilfe (z. B. ausgewogene Mahlzeiten im Betriebsbistro). *BodyGuard* stellt eine Form der gesundheitsbezogenen Jugendberufshilfe dar, die durch ihre multimodale Vorgehensweise Selbstwirksamkeitserfahrungen hervorrufen und Empowerment und Partizipation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fördern will. Erste Evaluationsergebnisse des Modellprojekts weisen auf eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern der Maßnahme hin (Hanses/Sander 2008).

18.2 Junge Erwachsene mit Behinderungen

Die Lebensverhältnisse junger Erwachsener mit Behinderung sind wenig untersucht. Annäherungen über die stationären Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, zumindest für die Situation junger Erwachsener mit psychischen Störungen (§ 35a SGB VIII) erlauben zwei Expertisen, die für den vorliegenden Bericht erstellt wurden (Dörr 2008; Fegert/Besier 2008).

Über ambulante und zugehende Hilfen für junge erwachsene Behinderte durch die Kinder- und Jugendhilfe liegen keine Daten vor. Auskünfte von Expertinnen und Experten verweisen dabei vor allem auf ungeklärte Zuständigkeiten und „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfe nach SGB IX, aus denen den Betroffenen eine Reihe von massiven Problemen erwachsen.

Für eine große Anzahl von jungen Erwachsenen mit Behinderung, die Leistungen nach SGB IX erhalten, gibt es

¹⁹⁰ Neben dem in § 13 (1) SGB VIII verwendeten Begriff der Jugendberufshilfe ist auch der Begriff „berufsbezogene Jugendhilfe“ gebräuchlich. Umfassender ist der Begriff der Jugendsozialarbeit, „der neben konkreten Unterstützungs- und Qualifizierungsangeboten auch Beratung, Sozialarbeit in Schulen und Wohnangebote für Jugendliche im Übergang Schule – Beruf einschließt. Mit Jugendberufshilfen werden dagegen die unmittelbar auf den Übergang Schule – Beruf gerichteten Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote bezeichnet“ (Braun/Lex 2006, S. 59)

keine Alternativen zu den Heimen bzw. heimähnlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe. Diese befinden sich meist außerhalb städtischer Zentren und stellen eine für sich abgeschlossene Welt dar, die die Lebensbereiche Wohnen, Arbeiten und Freizeit einschließt. Wieweit dies für die Bewältigung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben (Ablösung, Verselbstständigung, Einstieg ins Arbeitsleben) förderlich ist, wäre genauer zu untersuchen.

Die berufliche Eingliederung junger Erwachsener mit Behinderung erfolgt vor allem in Berufsbildungswerken (BBW), Berufsförderungswerken (BFW) sowie Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Sie alle zielen auf Teilhabe am Berufsleben ab und sind zuständig für berufliche Erstausbildung (BBW), Umschulung und Weiterbildung (BFW) sowie geschützte Arbeitsplätze (WfbM). Die Berufsvorbereitungsphase beginnt allerdings bereits in der Sekundarstufe I der Schulen über vorberuflichen Unterricht, Arbeitslehre, Schülerbetriebspraktika sowie Berufswahlberatung im Rahmen der Rehabilitationsberatung der Arbeitsagenturen. Immer häufiger wird ein Berufsvorbereitungsjahr empfohlen, in dem dann Jugendliche mit Behinderung auf Jugendliche mit und ohne Hauptschulabschluss, Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie auf arbeitslose Jugendliche treffen.

Für Jugendliche mit geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung sind gesonderte Ausbildungen zugelassen. Die Erstausbildung nach der Schule findet für sie vorrangig an gesonderten Qualifikationsorten statt, meist in Berufsbildungswerken, wobei die Träger oft auch Wohnmöglichkeiten anbieten. Die dort erworbenen Abschlüsse signalisieren schon in ihren Namen ihre „Minderwertigkeit“: Ältere Berufsbezeichnungen enden häufig mit -helfer oder -werker; neuere Bezeichnungen drücken lediglich die Tätigkeit aus. In Zusammenhang mit den EU-Verträgen von Maastricht zur Einstufung von Bildungsabschlüssen sind modulare Ausbildungskonzepte in der Debatte.

Die Überwindung der nächsten Schwelle – von der Ausbildung in die Erwerbsarbeit – gelingt vor allem den betrieblich ausgebildeten jungen Frauen und Männern. Dennoch ist eine Bilanz der Erfolge beruflicher Rehabilitation eher ernüchternd: Die Berufseinsteiger müssen mit Gruppen wie Studienabbrechern oder gut qualifizierten jungen Menschen mit Migrationshintergrund um Tätigkeiten auf dem Nicht-Facharbeitsmarkt konkurrieren (BMBF 1999). Auf Misserfolge bei Bewerbung und Berufseinstieg folgen meist weitere Qualifizierungsmaßnahmen (Beginn von Maßnahmenkarrieren). Mittlerweile können zwar Integrationsfachdienste für schwer behinderte bzw. gleichgestellte Personen (i. S. des § 2 (2 und 3) SGB IX) tätig werden, wobei allerdings die zuständigen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) über die Inanspruchnahme entscheiden. Dadurch können sich für junge Erwachsene mit Behinderungen Chancen zu einer „Unterstützten Beschäftigung“ („Training on the Job“ mit flankierender Begleitung, z. B. „Arbeitsassistent“, vgl. Schaub 2000) eröffnen. Hürden sind aber weiterhin die Zuweisungspraxis, die Zielgruppendefinition und der Mangel an Synergieeffekten. Entscheidend aber ist bei allen Wegen in eine Be-

rufstätigkeit die Nachhaltigkeit von Vermittlungserfolgen, denn erst dadurch wird eine tatsächliche berufliche Eingliederung sichergestellt (Schüller 2005).

Seit den 1970er-Jahren gibt es eine aktive Politik, um Studium und Behinderung verbinden zu können. Es wird von einem Anteil von etwa 2 Prozent Studierenden mit Behinderung und einem Anteil von etwa 11 Prozent Studierenden mit chronischen Krankheiten ausgegangen (Rath 2001). Die Verbesserung der Situation von Studierenden mit Behinderungen wird als dringend erforderlich eingeschätzt, um ihre Chancen zur Teilhabe an akademischen Ausbildungen zu erhöhen.

Die Hilfen zum Berufseinstieg verteilen sich auf eine große Anzahl unterschiedlicher Angebote, was dazu führt, dass junge Erwachsene mit Behinderungen kaum Chancen haben, sich einen Überblick über Möglichkeiten der Gestaltung ihres weiteren Lebenswegs zu verschaffen, um sich so aktiv für Beruf und eigenständiges Leben zu entscheiden. Vor allem für junge Erwachsene mit einer geistigen Behinderung fehlt es an Angeboten, die ihnen in begleitender Form Leben, Wohnen und Arbeiten außerhalb von Heimstrukturen in der Nähe ihrer Eltern ermöglichen.

Die Jugendhilfe könnte hier durch Kooperationen zwischen ihren Angeboten und denen der Eingliederungshilfe nach SGB IX/SGB VIII ein Mehr an Anschlussfähigkeit der Angebote sowie Anlaufstellen für junge Erwachsene mit Behinderung schaffen, die ihnen und ihren Eltern durch die Bereitstellung von Beratungsangeboten den Weg durch den „Dschungel“ von Verordnungen, Gesetzen und vor Ort vorhandenen Angeboten bahnen.

Auch wäre es im Interesse der jungen Erwachsenen mit Behinderung notwendig, wenn regelmäßig geprüft würde, ob durch eine zusätzliche sozialpädagogische Unterstützung im Rahmen der Jugendberufshilfe oder auch anderer Angebote nach SGB VIII das Ziel einer eigenständigen Lebensführung besser erreicht werden könnte. Möglicherweise besteht pädagogischer Unterstützungsbedarf unabhängig von der Behinderung.

19 Altersübergreifende Herausforderungen

19.1 Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern

Kinder psychisch, sucht- und chronisch körperlich kranker Eltern stellen eine zahlenmäßig nicht zu unterschätzende Gruppe von Heranwachsenden (vgl. Exkurs 7.1 und Kap. 17.5.3) mit speziellen erzieherischen Förder- und Unterstützungsbedarfen dar. Trotz der empirischen Beweislage für die Entwicklungsrisiken dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen fühlten sich geraume Zeit weder Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie noch Suchthilfe als Leistungsanbieter für diese Gruppe besonders belasteter Heranwachsender zuständig.

Inzwischen ist der Ausschluss dieser Gruppe vom Hilfesystem nicht mehr so ausgeprägt. Von einer flächendeckenden problemangemessenen Versorgung kann aber noch nicht die Rede sein. Die überwiegende Anzahl der

Unterstützungsangebote wird in Form von Projekten organisiert, d. h. zeitlich befristet und nicht im Regelangebot vor Ort verankert. Die Finanzierung von Unterstützungsangeboten für die drei genannten Betroffenengruppen erfolgt vielfach im Rahmen von Modellvorhaben regionaler Träger, Stiftungen, Spenden und/oder durch kommunale Zuwendungen. Im Rahmen der Jugendhilfe dauerhaft geförderte Hilfen für diese Heranwachsenden, die mit dem Versorgungssystem für kranke Eltern kontinuierlich und verlässlich kooperieren, bilden die Ausnahme (Lenz 2008). Hinzu kommt, dass nur sehr wenige Projekte fachlich und theoretisch fundiert und ausreichend dokumentiert sind. Dies erschwert bzw. verhindert eine fachliche Weiterentwicklung bestehender Angebote (Klein 2007; Lenz 2008a). Eine Konsequenz davon ist, dass es keine verbindliche Übersicht hinsichtlich Anzahl, Ausmaß und Qualität der Hilfen gibt, anderer Konsequenzen bestehen z. B. in der mangelnden inhaltlichen Verortung des Themas „Kinder kranker Eltern“ in der Kinder- und Jugendhilfeplanung.

Kinder psychisch kranker Eltern

Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern sind oftmals durch Initiativen und Projekte gekennzeichnet, die durch das Engagement einzelner Personen, z. B. Mitarbeitende in Beratungsstellen, Kliniken oder Einrichtungsträgern initiiert worden sind. Die Finanzierung der überwiegenden Mehrzahl dieser Angebote erfolgt über Spenden, Kooperation mit Stiftungen und/oder karitativen Förderern (z. B. *Aktion Mensch*). Vereinzelt fließen auch öffentliche Mittel ein, die zum Teil aus den Kinder- und Jugendhilfehaushalten kommen. Ein Beispiel für diese Finanzierungsstruktur ist das Präventionsprojekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ (*KIPKEL*) im Kreis Mettmann (Nordrhein-Westfalen). In einem interinstitutionellen und multidisziplinären Kooperationsverbund bieten verschiedene Einrichtungen aufeinander abgestimmte Hilfen an, die Einzel-, Eltern- und Familiengespräche, Gruppen- und Freizeitangebote sowie offene Sprechstunden in einer psychiatrischen Klinik umfassen (Hipp/Staets 2003). Nach anfänglichen Vorbehalten im Hinblick auf Bedarf und Kosten werden inzwischen einzelne Hilfen über Kinder- und Jugendhilfemittel gewährt (§§ 27 bis 35a SGB VIII). Trotz der öffentlichen Zuwendung können die Angebote von *KIPKEL* einzig mittels Spenden in derzeitigem Ausmaß offeriert werden.

Beratungsstelle Auryn

Zur Implementierung eines dauerhaft finanzierten regulären Hilfsangebots für Kinder psychisch kranker Eltern ist es bundesweit bislang – soweit zu übersehen – einmalig in Leipzig gekommen. Die seit 2002 bestehende Beratungsstelle *Auryn* wird seit 2009 durch das Leipziger Jugendamt auf Basis der Finanzierung nach § 77 SGB VIII der Grundvereinbarung für die Erziehungsberatungsstellen (Leistungen nach §§ 17, 18, 28 SGB VIII) abgesichert. Sie bietet ein breites psychologisch-therapeutisches und sozialpädagogisches Unterstützungsangebot für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern, das

Einzel- und Familienberatung, Krisenintervention, Psychoedukation und soziale Gruppenarbeit einschließt. Des Weiteren gibt es zahlreiche Angebote, die bei Beratungsstellen bzw. Einrichtungen angesiedelt sind oder von Initiativen bzw. Vereinen gestützt werden (Lenz 2008).

Ein in der Praxis häufig zu beobachtendes Problem in diesem Feld besteht darin, dass Regeleinrichtungen und -angebote für die Behandlung psychisch kranker Erwachsener ein Informationsdefizit bezüglich der Existenz von Unterstützungsangeboten für Kinder der Erkrankten aufweisen (Schmid u. a. 2008). Ein weiteres Hindernis auf institutioneller Ebene ist darin zu sehen, dass die Erwachsenenpsychiatrie ihren Behandlungsauftrag (und die damit verbundene Vergütung von Leistungen) nur auf den erkrankten Elternteil bezieht und die Belange der Angehörigen (neben Lebenspartnern sind dies auch die Kinder!) auch durch die von den Kliniken vorgehaltenen Sozialdienste nur wenig im Blick hat. Umgekehrt richtet aber auch die Kinder- und Jugendhilfe ihre Aufmerksamkeit nur in jenen Fällen auf die Gruppe der Kinder psychisch Kranker, wenn die Eltern selbst oder Dritte aufgrund der elterlichen Erkrankung Hilfen zur Erziehung für notwendig halten oder es gar Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls gibt. Die Beschäftigung mit dieser Personengruppe unter präventiven Gesichtspunkten – also jenseits des Vorliegens eines konkreten Hilfeanlasses – ist in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe bislang kaum verbreitet. Weitere strukturelle Hemmnisse wie beispielsweise ein unterschiedliches Krankheitsverständnis der beteiligten Professionellen oder mangelnde fachliche Qualifikation (z. B. fehlende Praxis von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe mit der Gruppe psychisch kranker Eltern bzw. von Professionellen im Gesundheitswesen mit den speziellen Bedürfnissen von Kindern) erschweren eine Kooperation zusätzlich.

Psychisch erkrankte Eltern haben vielfach eine Hemmschwelle aufgrund der „Komm-Struktur“ von Kinder- und Jugendhilfeangeboten sowie Ängste bzw. Misstrauen gegenüber Angeboten des Jugendamtes (Kölch 2008). Befürchtet wird u. a., dass vonseiten der Ämter die psychische Erkrankung eines Elternteils mit Erziehungsinkompetenz gleichgesetzt wird, die wiederum als potenzielle Kindeswohlgefährdung interpretiert werden und einen (Teil-) Sorgerechtsentzug bzw. eine Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt nach sich ziehen könnte. In letzter Konsequenz hat dies zur Folge, dass vonseiten der Eltern bestehende Unterstützungsangebote für Kinder selten oder erst zu spät in Anspruch genommen werden (Schone/Wagenblass 2002).

Neben den ambulanten Hilfen gibt es gelegentlich stationäre und vereinzelt auch-teilstationäre tagesklinische Angebote von psychiatrischen Kliniken, in denen Kinder (in der Regel im Alter unter sechs Jahren) zusammen mit ihren psychisch kranken Müttern unterstützt und gefördert werden können. Obgleich durchaus ein Bedarf für die gemeinsame Aufnahme psychisch kranker Mütter und ihrer (Klein-)Kinder besteht, ist dieses Behandlungsangebot

längst noch nicht die Regel. Dafür dürften hauptsächlich Kostengründe anzuführen sein, aber auch ein mangelndes Bewusstsein der Fachärzte und -ärztinnen sowie des Gesetzgebers dafür, dass ein Teil der Patientinnen Mütter sind, sowie dafür, dass ihre Kinder zum Teil erheblich unter der Erkrankung ihrer Mütter und nicht selten auch unter unzureichender Betreuung leiden. Dies wiederum belastet die Mütter oft sehr oder führt dazu, dass Mütter auf eigentlich notwendige stationäre Behandlungen verzichten (Kölch 2008): Der Gesetzgeber berücksichtigt bisher die Mütter allein als Patientinnen und misst den gesundheitspolitischen und präventivmedizinischen Dimensionen der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind noch zu wenig Bedeutung zu (vgl. z. B. Hohm u. a. 2008). Eine solche Mutter-Kind-Behandlung zielt u. a. auf die Förderung und Stärkung der Bindung zwischen Mutter und Kind ab; ihr Angebot reicht von pädagogischen Hilfen bis zu therapeutischen Ansätzen, die weit über das Leistungsspektrum einer psychiatrischen Regelversorgung hinausgehen (Kilian/Becker 2008, Mikoteit/Riecher-Rössler 2008). Um die Kosten sowohl der Mutter-Kind-Therapie als auch für die Aufnahme der Kinder abzudecken, bedarf es praktikabler Modelle der Kooperation und der Mischfinanzierung seitens der Krankenversicherung sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Diese verfügt mit § 20 SGB VIII (Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen) über eine Finanzierungsgrundlage für unterstützende Angebote sowohl der gemeinsamen Unterbringung von Mutter und Kind als auch der ggf. notwendigen Betreuung von Kindern während eines Klinikaufenthalts der Mutter oder auch des Vaters. Bisher aber erfährt die Kinder- und Jugendhilfe aus den oben genannten Gründen oft gar nicht, wenn Kinder von einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind.

Mischfinanzierungen sowie verstärkte Kooperation sind auch vonnöten, damit Kinder angemessen versorgt werden können, wenn Krankheitsphasen der Eltern zwar keinen stationären Aufenthalt erfordern, aber ihre Erziehungsfähigkeit einschränken und dies nicht von der Familie kompensiert werden kann. So gibt es Modelle betreuten Wohnens, in denen sich entsprechend geschulte Fachkräfte sowohl um die Anliegen der kranken Mütter als auch um die der Kinder kümmern.

Ebenfalls zurückhaltend verhält sich die Gesetzliche Krankenversicherung, wenn es um die Finanzierung von Familienhilfe (nach SGB V) geht; und auch hier sind Mischfinanzierungen zwischen den Kostenträgern nach SGB V und SGB VIII zur Unterstützung von Familien denkbar und notwendig, werden aber noch kaum genutzt (z. B. aufgrund mangelnder Kooperation zwischen den Beteiligten oder auch fehlender Kenntnisse im Hinblick auf diese Finanzierungsmöglichkeiten).

Kinder suchtkranker Eltern

Im Unterschied zu Kindern psychisch kranker Eltern werden für Kinder suchtkranker Eltern zwar breit gefächerte Hilfen angeboten, dennoch kann auch für diese Zielgruppe nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden. Für den Bereich der ambulanten Sucht-

hilfe ist in den westlichen Bundesländern von 8 Prozent und in den östlichen Bundesländern von 15 Prozent der Suchtberatungsstellen auszugehen, die spezielle Hilfen für Kinder anbieten (Lenz 2008). Die Möglichkeit einer dauerhaften finanziellen Absicherung dieser Angebote ist durch die Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) als Grundlage für eine Regelfinanzierung gegeben. In der Praxis gibt es jedoch nur wenige auf der Grundlage von § 27 SGB VIII unterstützte Angebote. So erbringt die *Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht* der Drogenhilfe Nordhessen seit 2003 (auf Basis der Beantragung von Hilfen zur Erziehung beim Jugendamt) Leistungen gemäß §§ 27 und 31 SGB VIII für suchtkranke Familien. Deren Angebote beinhalten soziale, psychologische und medizinische Diagnostik und konkrete Familienhilfen. Um den einzelnen Familienmitgliedern den Weg aus der Co-Abhängigkeit zu ebnen, werden Wechselwirkungen zwischen elterlicher Suchtproblematik und deren Auswirkungen auf das Familiensystem identifiziert, die durch ein abgestimmtes Angebot von Einzelgesprächen, Familiensitzungen, Gruppenarbeit, Ferienzeiten und Hausbesuchen umgesetzt wird. Ein hoher Stellenwert wird der Gruppenarbeit zugemessen, die von Suchtberatungs- und Erziehungsberatungsstellen angeboten wird (Lenz 2008).

Neben ambulanten Angeboten bieten Fachkliniken für Suchtkranke sporadisch die Einbeziehung von Kindern in eine stationäre Behandlung an. Ähnlich wie in der Psychiatrie werden Mütter mit dem Ziel aufgenommen, die Mutter-Kind-Beziehung zu erhalten, zu fördern und zu stärken. Einige Fachkliniken bieten Wochenendseminare für die ganze Familie an (Lenz 2008). Auch hier erschweren Finanzierungs- und Kooperationshemmnisse – ähnlich wie für Unterstützungsangebote von Kindern psychisch kranker Eltern – die Umsetzung von Angeboten.

Kinder chronisch körperlich kranker und behinderter Eltern

Im Unterschied zu Heranwachsenden mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern gibt es für Kinder und Jugendliche von dauerhaft oder lebensbedrohlich erkrankten Eltern(teilen) kaum Unterstützungsangebote. Auch stehen, soweit zu sehen, kaum gesicherte Daten über die Zahl der Plätze, die Form und Qualität der wenigen vorhandenen Angebote zur Verfügung. Es ist aber davon auszugehen, dass bei diesen Kinder und Jugendlichen, ähnliche erzieherische Förder- und Unterstützungsbedarfe bestehen wie bei den beiden zuvor dargestellten Gruppen. Diese Bedarfe werden bislang sowohl vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe als auch des Gesundheitswesens nur sehr unzureichend aufgegriffen. Als Gründe hierfür sind strukturelle Probleme (vor allem der fehlende Behandlungsauftrag des Gesundheitswesens für Angehörige von Patienten) und die Unkenntnis im Gesundheitssystem über bestehende Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Gewährung von Familienhilfe nach SGB V) zu sehen.

Niedrigschwellige und frühzeitig einsetzende Angebote der familienorientierten Betreuung können dazu beitragen, dass Kinder kranker Eltern die Möglichkeit haben,

die Geschehnisse in Zusammenhang mit der elterlichen Krankheit besser zu verstehen (Romer u. a. 2005).

Familienberatungs- und Therapieangebot CoSIP

Beispielhaft für ein solches Betreuungskonzept ist die Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die ein kindzentriertes medizinisches Familienberatungs- und Therapieangebot (*CoSIP* – „*Children of somatically ill parents*“) anbietet und präventive Unterstützung in allen Fragestellungen leistet, bei denen es um die Effekte elterlicher körperlicher Erkrankung auf die Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung von Heranwachsenden geht (Wiegand-Grefe u. a. 2008). Erste Evaluationsergebnisse des Projekts verweisen auf eine gute Akzeptanz der Angebote aufseiten der Familien (Paschen u. a. 2007).

Für eine flächendeckende Etablierung solcher und ähnlicher Unterstützungsangebote für Kinder kranker Eltern fehlt es zudem in medizinischen und sozialen Versorgungssystemen an (finanziellen) Ressourcen, einem öffentlichen Bewusstsein im Hinblick auf mögliche Gefährdungen der Kinder kranker Eltern sowie an fachlichen Standards für kind- und familiengerechte psychosoziale Medizin (Pott u. a. 2005; Romer u. a. 2005).

19.2 Traumatisierte Kinder und Jugendliche

Auch wenn es keine verlässlichen Daten über die tatsächliche Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Deutschland gibt, so weisen alle Erfahrungen aus der Praxis darauf hin, dass man es mit einem bislang viel zu wenig beachteten Problem zu tun hat.

Als Trauma wird in der Fachdiskussion die retrospektive Feststellung bezeichnet, dass eine einmalige oder wiederkehrende Extremsituation die Bewältigungsmechanismen der Psyche überfordert und dadurch traumatisierend gewirkt hat. Diese Überforderung mündet in vielfältige Symptome; als besonders typisch werden Erregungssymptome (Alpträume, Flash-Backs, Reinszenierungen) oder Vermeidungssymptome (psychische Erstarrung, Vermeidungsverhalten) beschrieben. Diese werden dabei meist als in sich durchaus sinnvolle Versuche interpretiert, mit dem nicht bewältigten Erlebnis zurechtzukommen (Coping) oder sogar, es doch noch nachträglich zu bewältigen. Letztendlich macht dann das Scheitern dieser Bewältigungsversuche das traumatische Erlebnis zum „Trauma“, das vom Einzelnen nicht integriert werden kann. Besteht das Trauma in einem einmaligen Ereignis (z. B. Unfall), sind die Folgen meist leichter zu erkennen und therapeutisch zu behandeln als bei den wiederkehrenden, chronischen Überforderungen (z. B. in Fällen von Kindesmisshandlung oder Missbrauch).¹⁹¹

¹⁹¹ Für epidemiologische Untersuchungen wird bisher vor allem die in die Diagnosemanuale DSM und ICD aufgenommene Beschreibung als „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) genutzt, die zuneh-

Die dargestellten Merkmale und Überlegungen gelten für Erwachsene und Kinder; es gibt jedoch einen essenziellen Unterschied: Das potenziell traumatisierende Ereignis trifft bei Heranwachsenden nicht auf eine ausgereifte Psyche mit ihren bereits entwickelten Bewältigungsmöglichkeiten, sondern auf einen jungen Menschen, dessen Bewältigungsmechanismen sich gerade erst entwickeln. Je nach Alter und Entwicklungsstand (vgl. Teil B) nehmen Kinder traumatische Erlebnisse unterschiedlich wahr. Dementsprechend werden diejenigen Bewältigungsmechanismen aktiviert, die ihnen bereits zur Verfügung stehen (vgl. Riedesser 2003). Bei Kindern oder Jugendlichen werden außerdem durch Traumata nicht selten die weiteren psychischen Entwicklungen beeinträchtigt. Viele psychologisch-psychiatrische Symptome und Entwicklungsdefizite werden von Psychotraumatologen als – häufig verkannte – späte Traumafolgen verstanden. So wird z. B. selbstverletzendes Verhalten in der Adoleszenz als möglicher Ausdruck früherer massiver Gewalterfahrung gesehen (z. B. Streeck-Fischer 2006; Schmid 2008).

Auf den ersten Blick überraschenderweise gibt es enge Bezüge zwischen dem Traumakzept und dem Konzept der Salutogenese. *Antonovsky* war in einer Untersuchung in Israel aufgefallen, dass von den zahlreichen Holocaust-Überlebenden in seiner Stichprobe ein kleiner Teil nicht so nachhaltig körperlich und psychisch beeinträchtigt erschien, wie er das aufgrund der extremen potenziell traumatisierenden Erfahrungen erwartet hätte. Die meisten der Holocaust-Überlebenden hatten allerdings sehr wohl für den Rest ihres Lebens auch dann mit gravierenden Folgen zu kämpfen, wenn sie vorher über eine sehr gute psychische und körperliche Gesundheit verfügt hatten. Diese Feststellung, dass auch gesunde, robuste Menschen durch extreme Erfahrungen traumatisiert werden können, stellte einen wichtigen Meilenstein des Traumadiskurses dar (Kühner 2008; vgl. Eissler 1963), besteht doch nach wie vor die Gefahr, Traumatisierungen zu unterschätzen oder anzunehmen, dass nur Menschen betroffen sind, die vorher schon krank waren (Solomon 1995; Herman 1993; Fischer/Riedesser 1998).¹⁹²

Schwer traumatisierte Menschen scheinen im Gegenüber potenziell zwei entgegengesetzte Impulse auszulösen: die auch als „Basisaffekt gegen das Opfer“ (Reemtsma 1999) bezeichnete Tendenz zur Abwehr oder die Tendenz, den Traumatisierten nur noch in seiner Rolle als Opfer zu sehen. Die auch in Fachdebatten (z. B. zur Prävalenz von se-

mend als zu eng kritisiert wird. Sie scheint „einfache“ umgrenzte Traumatisierungen gut zu erfassen, bei komplexeren Traumata aber an ihre Grenzen zu stoßen. Da in Psychotherapie und Jugendhilfe komplexere Traumatisierungen von zentraler Bedeutung sind, plädieren Fachleute zunehmend für die Etablierung des Konzepts „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ (vgl. Schmid 2008).

¹⁹² Zugleich wird in jüngerer Zeit eine inflationäre, vereinfachende Nutzung eines zu medizinisch orientierten Traumakonzepts problematisiert (Becker 2006; Kühner 2008; Lamott 2003). Es besteht die Gefahr, dass das inzwischen sehr differenzierte Wissen über Trauma nicht als Möglichkeit zur Ergänzung und Verbesserung bestehender Erkenntnisse und Handlungsstrategien (z. B. der Konzepte zur therapeutischen Arbeit mit Gewalterfahrungen und zur Kindeswohlgefährdung) genutzt wird, sondern diese vermeintlich ersetzt (Kühner 2005; Kühn 2008).

xuellem Missbrauch) auffällige Tendenz zu Polarisierungen und gegenseitigen erbitterten „Bekehrungsversuchen“ kann als Ausdruck der großen Schwierigkeit gesehen werden, mit der Realität massiven Leidens umzugehen.

Im Kontext solcher Dynamiken wird auch das Plädoyer für eine salutogenetische Sichtweise oft missverstanden: Der Fokus auf gesund erhaltende Ressourcen impliziert nicht, dass „alles doch nicht so schlimm“ sei und man sich nicht für die schweren Folgen von Traumatisierungen interessiere. Demgegenüber verweist der salutogenetische Blick auf Empfehlungen und Handlungsoptionen, die einerseits vor Traumatisierung schützen können und andererseits traumatisierten Kindern und Jugendlichen bessere Bewältigungschancen eröffnen. So spielt etwa die Förderung von Selbstwirksamkeit auch in der Arbeit mit traumatisierten Kindern eine wichtige Rolle (Kühner 2003; Schmid 2008).

Oft wird – zu Recht – die potenziell heilsame Wirkung von Schulen mit einem förderlichen, wohlwollenden Klima für traumatisierte Kinder betont (vgl. Becker/Weyermann 2006; Opp/Wenzel 2003). Wohlwollen allein genügt jedoch nicht, da traumatisierte Kinder oft „unverstandene Kinder“ sind (vgl. Kühn 2008), deren Verhalten Fachkräfte massiv verstören kann. Sie brauchen daher Erwachsene, die ein Gespür für den verborgenen Sinn von verstörendem Verhalten haben, weil ihnen die potenziell traumatisierende Wirkung extremer Erlebnisse bewusst ist. Als wichtige Ergänzung gesundheitsfördernder Prinzipien ist daher eine erhöhte Traumasensibilität aufseiten der Fachkräfte zu fordern. Ein „traumasensibler“ Erwachsener, der dem Verhalten von traumatisierten Heranwachsenden Verständnis entgegenbringt und auf dieser Basis z. B. weitere Ausgrenzungen vermeiden hilft, kann als ein externer Schutzfaktor wirken.

Die Forderung nach mehr Traumasensibilität enthält die Einschätzung, dass „Erkenntnisse über Trauma“ expliziter als bisher für die Förderung von Kindern und Jugendlichen genutzt werden könnten. Diese Einschätzung wird nicht zuletzt von Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe selbst zunehmend formuliert und führte zu dem Vorschlag, „Traumapädagogik“ als neuen Fachbegriff zu etablieren (vgl. Kühn 2008).¹⁹³ Wie Traumasensibilität basiert auch Traumapädagogik auf der Beschreibung typischer Phänomene (Symptome, Reaktionen oder Verhaltensweisen), die von Erwachsenen als möglicherweise traumabedingt erkannt werden sollen. Dabei sind sowohl die Traumasymptome von Heranwachsenden selbst von Interesse als auch typische Reaktionen, die sie in ihrem Gegenüber auslösen und die beispielsweise als „Gegenübertragungen und sekundäre Traumatisierung von Helfern“ (Schmid 2008, S. 288) beschrieben werden. Die Einschätzungen verschiedener Autoren konvergieren in zentralen Aussagen, die folgende Darstellung rekurriert vor allem auf die Ausführungen von *Streeck-Fischer* (2006) zu „Trauma und Entwicklung“, die entwicklungspsychopathologischen Überlegungen von *Riedesser*

(2003) und *Schmid* (2008) sowie die sich vor allem auf die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) beziehenden Grundlagentexte von *Rosner* (2008) bzw. *Steil und Rosner* (2008).¹⁹⁴ Das typischste Warnsignal – vor allem für akute PTSD – ist die plötzliche Veränderung eines Kindes. Traumatisierte Kinder sind oft mit sich aufdrängenden Erinnerungen (Intrusionen) beschäftigt, was sich in Alpträumen und im sogenannten traumatischen Spiel zeigen kann, das zwanghaft wiederholend wirkt und zu keiner Spielsättigung führt.

Darüber hinaus sollten Erwachsene erkennen, dass vordergründig Unverständliches Sinn machen kann. Ungeöhnliche Verhaltensweisen können dann als Trauma-Bewältigungsversuche verstanden werden.

- So kann Destruktivität in zwischenmenschlichen Beziehungen eine typische Traumafolge sein; dies betrifft gerade auch die Destruktivität, die sich in der helfenden oder pädagogischen Beziehung zeigt (und diese zerstören kann).
- Ein Kind kann völlig irrationale Überzeugungen und Gefühle in Bezug auf traumatisierende Erlebnisse haben, z. B. irrationale Schuldgefühle, die es sich nicht ausreden lässt.
- Traumatisierungen können emotionale Reaktionen verändern und die Fähigkeit zum Ausgleich von Emotionen erheblich beeinträchtigen.
- Traumata können auch die Fähigkeit zur Informationsaufnahme verändern. Dies kann die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und die Sprachentwicklung beeinträchtigen.
- Dies kann wiederum insbesondere die Fähigkeit betreffen, Ungewissheit zu ertragen und dadurch die Reflexionsfähigkeit und den Umgang mit Kritik erschweren.
- Von vielen Autoren wird die Gefahr betont, dass vor schnell ADHS¹⁹⁵ diagnostiziert und der traumatische Hintergrund von Unruhe und Aufmerksamkeitsdefizit übersehen wird.

Traumasensible Fachkräfte sollten jedoch keine Diagnosen stellen, sondern vielmehr Reflexionsräume schaffen, in denen Vermutungen ausgetauscht und reflektiert werden können und im gemeinsamen Abwägen entschieden wird, ob ein Kind von Fachleuten diagnostiziert und gegebenenfalls behandelt werden sollte.

¹⁹³ Vgl. auch www.traumapaedagogik.de.

¹⁹⁴ Sehr frühe Beeinträchtigungen werden hier ausgeklammert. Diese werden zwar häufig mit Recht als traumatisierend benannt, als Erklärungskonzepte werden für die Beschreibung von Störungen in dieser Phase aber eher das Bindungskonzept (vgl. Kap. 5.1, sowie *Brisch/Hellbrügge* 2003) und zunehmend – eher in Ergänzung als in Konkurrenz – die Mentalisierungsfähigkeit genutzt. In der Forschung zur Mentalisierung wird untersucht, wie sehr bereits in dieser frühen Interaktion mit einfühlsamen Bezugspersonen das „Verstehen mentaler Zustände im Selbst und im Anderen“ (*Fonagy u. a.* 2004) erlernt wird.

¹⁹⁵ Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

Dieser Hinweis ist wichtig, da es, wie oben betont, im Zusammenhang mit Trauma oft zu vereinfachenden Kausalitätsannahmen kommt und es die Tendenz gibt, die skizzierten möglichen Folgen als eindeutige Zeichen zu interpretieren. Es gibt jedoch keine wirklich eindeutigen Zeichen. Traumasensibilität beinhaltet daher einen reflektierenden Umgang mit der Uneindeutigkeit und oft das Aushalten von Ungewissheit.

Wichtig ist auch das Wissen um „unlogische“, komplexe Traumafolgen. Kinder können so wirken, als wären sie von dramatischen Erlebnissen völlig unberührt geblieben. Das vordergründig „pflegeleichte“ Kind kann aber u. U. viel mehr leiden als ein Kind, das Reaktionen zeigt und damit auch für Aufmerksamkeit sorgt. Traumafolgen können sich zudem erst Jahre später zeigen, in der Literatur wird hier die Adoleszenz als kritische Phase hervorgehoben (Streeck-Fischer 2006). Zudem hängt die Schwere der Traumatisierung nicht direkt von der Schwere des traumatischen Erlebnisses ab, sondern auch von den Bewältigungsressourcen und den Geschehnissen in der Phase danach. Dies konnten erstmals *Keilson/Sarphathie* (1979) an jüdischen Kriegswaisen in Holland zeigen. Die intuitive Einschätzung von außen im Sinne von „*diesem Kind ist doch etwas Schlimmeres passiert als jenem*“, stimmt daher oft nicht.

Insgesamt gehört zur Traumasensibilität auch die Anerkennung, dass die eigenen Möglichkeiten, einem traumatisierten Kind wirksam zu helfen, begrenzt sind.

Dies hat vor allem mit der erwähnten Destruktivität zu tun: Insbesondere von Menschen hervorgerufene Traumatisierungen, speziell die von nahen Personen, können spätere Beziehungen zu anderen Menschen massiv beeinflussen. Dies gilt insbesondere für helfende Beziehungen, sodass eine zentrale Erkenntnis aus der Traumalogie lautet: Der Helfer bekommt oft die Aggression und Wut zu spüren, die eigentlich dem Täter gilt. Idealerweise kann dies in intensiver mühevoller therapeutischer Arbeit erkannt und bearbeitet werden, in vielen helfenden Beziehungen führt es jedoch zu Frustration und Beziehungsabbrüchen.

Ein weiteres Risiko bilden eigene unverarbeitete traumatische Erfahrungen von Erwachsenen. Diese Erwachsenen können entweder besonders sensibel wahrnehmen, wenn Kinder traumatisiert sind, sie können aber auch dazu tendieren, Zeichen überzuinterpretieren und etwa Missbrauch da zu sehen, wo keiner ist. Wegen der hohen Suggestibilität von Kindern kann diese vermeintliche Sensibilität großen Schaden anrichten. Daher sind die erwähnten Reflexionsräume die wohl wichtigste strukturelle Voraussetzung für Traumasensibilität.

Diese Grenzen der normalen Fachpraxis verweisen einerseits auf die bislang nur unzureichend vorhandenen interdisziplinären und -professionellen Angebote, in denen sich stabile pädagogische Settings und therapeutische Unterstützung gegenseitig ergänzen. Zum anderen wird erheblicher Weiterbildungs- und Beratungsbedarf aufseiten der Fachkräfte sichtbar.

20 Eine Zwischenbilanz

Versucht man die Ergebnisse des Durchganges durch die Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich ihrer Leistungen im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in einem ersten Schritt zu bilanzieren, dann lassen sich aus der Sicht der Kommission derzeit die folgenden Aspekte hervorheben.

20.1 Vielfältige Projektpraxis

Während der 11. Kinder- und Jugendbericht noch forderte, dass „die Förderung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in dem Sinne eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe werden muss, dass sie die Prävention verstärkt, gesundheitsbewusste Lebensweisen fördert und die Nutzung individueller und kollektiver Ressourcen unterstützt“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 49), kann heute festgehalten werden, dass in allen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe – wenn auch mit erkennbaren Unterschieden – das Thema auf der Tagesordnung steht und an vielen Stellen bereits mit der Umsetzung begonnen wurde. Der Gang durch die Praxisfelder offenbart eine breite Projektpraxis mit einem deutlichen Schwerpunkt im Bereich der Kindertagesbetreuung.

Es gibt erkennbare Schwerpunkte im Bereich gesundheitlicher Präventionsprojekte, wobei aufseiten der allgemeinen bildenden Angebote die Themenkomplexe Bewegung, Ernährung und Körpererfahrung besonders häufig aufgegriffen werden. Auch aufseiten der eher helfenden, unterstützenden und fördernden Angebote für bestimmte Zielgruppen dominieren präventive Ansätze.

Soweit explizit Gesundheitsförderung bereits betrieben wird oder in Zukunft verstärkt werden soll, wird dafür der Settingansatz als Kernstrategie präferiert. So werden z. B. im Setting der stationären Jugendhilfe Sozial- und Anti-Gewalttrainings für Jugendliche angeboten. In anderen Verbänden wird Gesundheit vor allem in Verbindung mit Schwerpunkten wie etwa Frühe Hilfen, Armut bzw. Chancengleichheit oder in Verbindung mit Migration thematisiert.

Der weit überwiegende Teil der Angebote ist projektförmig, d. h. zeitlich befristet organisiert. Nur in wenigen Fällen, vorwiegend im Bereich der Kindergärten, sind die expliziten Angebote in die Regelstruktur der Einrichtungen integriert. In den anderen Fällen kann man sich des Eindrucks kaum erwehren, den *Sting* in ähnlicher Weise für die Schulen beschreibt: „Aktivitäten zur Gesundheitsförderung bewahren in der Regel den Status des Besonderen, Außeralltäglichen und Zusätzlichen“ (Sting 2008, S. 290).

Im Hinblick auf die Schule erklärt *Sting* diesen ergänzenden Status wie folgt: „Aus Sicht der Schule sind Familie und Alltag Orte der gesundheitlichen Reproduktion. Sie geht bisher weitgehend unterhinterfragt davon aus, dass in der Privatsphäre eine Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit stattfindet“ (Sting 2008, S. 290). Zu weiten Teilen gilt dies bislang auch für die Kinder- und Jugendhilfe mit Aus-

nahme der stationären Angebote. Wer krank ist, bleibt zu Hause.

Der Status des Außeralltäglichen wird auch an dem Umstand sichtbar, dass die jeweiligen Projekte nur selten aufeinander Bezug nehmen, häufig versäult umgesetzt werden und in keinem für die angesprochenen Kinder und Jugendlichen sinnhaften Zusammenhang stehen. Mitunter nimmt dies fast schon groteske Züge an. Da werden in Einrichtungen in der einen Woche Projekte gegen Bewegungsarmut initiiert, und vier Wochen später werden Übungen zum sozialen Lernen in der Gruppe und zu Formen friedlicher Konfliktlösung angeboten – so als habe nicht beides etwas mit Körpererfahrung, Lebenskohärenz und Wohlbefinden zu tun.

Überwunden werden kann diese Haltung nur, wenn Gesundheit und Wohlbefinden nicht mehr nur als Voraussetzung, sondern als Ziel und als ein alle Aspekte menschlichen Daseins tangierendes Thema fachlichen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe wie auch in der Schule sowie allen Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, begriffen wird (ebd.).

20.2 Konzeptionelle Unschärfen

Lässt man die verschiedenen Ansätze und Konzepte gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe vor seinem geistigen Auge Revue passieren, fällt als Erstes die Vielfalt, aber auch die Heterogenität der Verwendung der Begriffe und Konzepte auf. Konzepte wie Prävention, Gesundheitserziehung, Gesundheitspädagogik, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsarbeit und ihre Verwandten werden höchst unterschiedlich verwendet, mit anderen Begriffen kombiniert, zum Teil gegeneinander abgegrenzt, zum Teil aber auch als Synonyme verwendet. Während z. B. im Teil A (Kap. 3) dieses Berichtes der Versuch unternommen wurde, die konzeptionellen Unterschiede zwischen einem präventiven Zugang und einem gesundheitsfördernden Zugang deutlich zu machen, muss man in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe damit rechnen, dass unter der Überschrift Gesundheitsförderung klassische Strategien der Prävention zum Einsatz kommen. Analog dazu wird zwar zunehmend häufiger auf die *Ottawa-Charta* Bezug genommen; in vielen Projekten orientiert man sich aber nach wie vor an einem engen medizinischen Krankheitsverständnis und richtet daran die eigenen Präventionsbemühungen aus.

Nicht gerade erleichtert wird die Übersicht über Ansätze und Konzepte im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe dadurch, dass sowohl an der Schnittstelle von Gesundheits- und Erziehungswissenschaft bzw. Sozialpädagogik als auch innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe eine kontroverse Debatte um das pädagogische Selbstverständnis geführt wird. Dabei wird zwar weitgehend akzeptiert, dass der Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen im Bereich Gesundheit von Erwachsenen durch entsprechend gestaltete Arrangements und Settings angeregt, unterstützt und begleitet werden kann und

sollte. Wie aber diese Prozesse des Kompetenzerwerbs angemessen zu beschreiben sind, als Sozialisation, als Lernen, als Erziehung, als pädagogischer Prozess, als Bildung oder eben als Kompetenzerwerb – darüber wird kontrovers diskutiert.¹⁹⁶ Vor diesem Hintergrund sind die begrifflichen Unschärfen in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe auf der einen Seite Ausdruck einer bislang erst in vorsichtigen Ansätzen erkennbaren internen Fachdiskussion, die dringend einer breiteren Verankerung bedarf. Auf der anderen Seite sind sie aber getreues Spiegelbild einer uneinheitlichen Diskussionslage innerhalb und zwischen den beteiligten wissenschaftlichen Fachdisziplinen.¹⁹⁷ Neben den fast schon traditionellen Kontroversen um den Erziehungs- und Bildungsbegriff spielen das jeweilige Theorie-Praxis-Verständnis, das Verhältnis der pädagogischen Praxis zu den von der Medizin ausgewiesenen Risikofaktoren und das jeweils zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit eine zentrale Rolle.¹⁹⁸ Für die Kinder- und Jugendhilfe bedeutet diese Konstellation eine doppelte Herausforderung: Einerseits kann sie die ungeklärten disziplinären Fragen nicht stellvertretend beantworten. Andererseits benötigt sie für ihre Praxis sachgerechte begriffliche Rahmenkonzepte, um die eigenen Leistungen besser sichtbar zu machen und sich mit den anderen Akteuren im Feld verständigen zu können.

20.3 Formen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Neben den begrifflichen Unschärfen macht es die Vielfalt der Angebotsformen und der Kontexte der Umsetzung schwer, für die Kinder- und Jugendhilfe eindeutige Tendenzen im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und

¹⁹⁶ Siehe hierzu auch die jüngere Debatte in der Kinder- und Jugendhilfe zum Bildungsbegriff unter dem Motto „Bildung ist mehr als Schule“ (vgl. Münchmeier/Otto/Rabe-Kleberg 2002; Bundesjugendkuratorium/Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht/AGJ 2002; Otto/Rauschenbach 2004) sowie die Ausführungen im 12. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag 2005b, S. 80 bis 101). Mit Bildung werden im 12. Kinder- und Jugendbericht die aktiven, koproductiven, selbstständigen und im Ergebnis offenen Aneignungsprozesse der Subjekte bezeichnet. In der Diskussion wird dieses Verständnis gerne dem Erziehungsbegriff gegenübergestellt, mit dem dann Bilder von Kindern und Jugendlichen als weitgehend passive „Nürnberger Trichter“ bzw. Objekte von intentionalen Erziehungstechnologien und Didaktiken der Erwachsenen verknüpft werden; zur Unterscheidung zwischen Betreuung, Erziehung, Bildung siehe auch Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2008, S. 8 ff..

¹⁹⁷ Die Heterogenität der Fachdiskussion wird deutlich, wenn man z. B. die Arbeiten von Wulfhorst (2002), Homfeldt (1999) und die Beiträge in Homfeldt u. a. (2002) nebeneinanderstellt.

¹⁹⁸ Derartige Kontroversen um Begriffe und Verständnisse von Begriffen sind nicht nur akademischer Art. Dahinter stehen unterschiedliche konzeptionelle Überzeugungen. In der Praxis sind damit jeweils sehr heterogene Ansätze und Strategien verbunden, die sich nicht zuletzt in der Benennung von Institutionen widerspiegeln. Ein sehr illustratives und historisch informatives Beispiel in diesem Zusammenhang stellt die heutige Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) (www.bvpraevention.de) dar. Gegründet 1954 als „Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung“, 1969 umbenannt in „Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung“ und 1992 in „Bundesvereinigung für Gesundheit“ werden seit 1997 strategisch die Aspekte Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund gerückt.

Gesundheitsförderung zu beschreiben. Versucht man trotz dieser Heterogenität das Feld ein wenig zu sortieren, kann man feststellen, dass man in der Kinder- und Jugendhilfe trotz aller Unterschiede im Detail immer wieder auf vier Formen expliziter gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung trifft. Diese vier Formen, Information und Aufklärung, gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen, gesundheitspädagogische Prävention sowie eingebettete Gesundheitsförderung, sind nicht ganz trennscharf, und sie werden in der Praxis immer wieder kombiniert werden.

20.3.1 Information und Aufklärung

Die typischen Materialien dieser Strategie in der Kinder- und Jugendhilfe sind der zielgruppenbezogene Flyer, die Broschüre, gelegentlich auch ein Film und altersgerechte wie einrichtungsbezogene Praxismaterialien. Jenseits der Kinder- und Jugendhilfe wären noch öffentliche Kampagnen, z. B. in Form von Plakataktionen oder Spots im Fernsehen, zu nennen. Im Kern zielt diese Strategie auf die allgemeine Vermittlung von Informationen, den Erwerb von Wissen und die frühzeitige Sensibilisierung für Problemdynamiken (z. B. schleichende Drogenabhängigkeit). Die Informationen sind zielgruppenbezogen und nicht, wie z. B. in der adressatenbezogenen Beratung, individuell auf das einzelne Kind, den Jugendlichen oder die Eltern ausgerichtet. Zielgruppen können dabei alle Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern bzw. ausgewählte Gruppen davon sein, aber auch Fachkräfte in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe einschließlich der Jugendämter. Man geht davon aus, dass die Materialien zunächst gleichsam für sich informativ und motivierend sind und nicht unbedingt der Begegnung bzw. des Gesprächs zwischen Adressatinnen und Adressaten und Fachkräften bzw. Personensorgeberechtigten bedürfen – was nicht ausschließt, dass viele Materialien vorrangig der Ansprache dienen und darauf setzen, dass sich aus ihnen Interesse an weiteren Informationen, an Beratung oder Hilfe ergibt.

Themen der Materialien sind üblicherweise Informationen zu gesundheitlichen Risiken, Hinweise zu Möglichkeiten ihrer Vermeidung, Anregungen für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Einstellungen, Checklisten zur Selbstüberprüfung und Sensibilisierung sowie Tipps für weiterführende Informationsquellen, Beratungsangebote und Hilfeinstanzen.

Die bekannteste und wichtigste Quelle für derartige Materialien in Deutschland ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).¹⁹⁹ Untergliedert nach verschiedenen Themenbereichen (u. a. Aidsprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung, frühe Hilfen, Suchtprävention, Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheit und Schule) bietet sie zielgruppenbezogen eine Fülle von Materialien und Medien zu unterschiedlichen Themen sowohl für Fachkräfte und Eltern als auch zur Weitergabe

an Kinder und Jugendliche an. Zum Teil sind die Broschüren außer in Deutsch auch in Türkisch und Russisch verfügbar. Die meisten Materialien können über das Internet heruntergeladen werden und werden – je nach Bedarf – in zahlreichen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe genutzt.

In der Kinder- und Jugendhilfe werden aber nicht nur die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwendet, sondern in vielen Feldern erstellen freie Träger sowohl für ihre eigenen Angebote als auch für öffentliche Aktionen eigene Materialien. Darüber hinaus bieten zahlreiche Krankenkassen immer wieder Materialien an, die auch in der Kinder- und Jugendhilfe Verwendung finden bzw. die zum Teil speziell für den Einsatz in der Kinder- und Jugendhilfe konzipiert sind.

Sofern die Informations- und Aufklärungskampagnen evaluiert sind, machen die Ergebnisse deutlich, dass die Erwartungen an sie nicht zu hoch gesteckt werden sollten. Als eine Form der Informationsvermittlung und der Erzeugung von Aufmerksamkeiten haben sie, wenn sie alters- und zielgruppengerecht angelegt worden sind, einen wichtigen Stellenwert, und dies vor allem in jenen Konstellationen, in denen sie andere personenbezogene Angebote ergänzen. Nicht erwarten darf man von ihnen, dass sie zu einer Veränderung von Verhaltensweisen aufseiten der Kinder und Jugendlichen führen.

20.3.2 Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen

Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen sind vermutlich die derzeit am häufigsten anzutreffende Form in der Kinder- und Jugendhilfe.²⁰⁰

Hinsichtlich der Anliegen dieser Projekte lässt sich ein breites Spektrum beobachten. Zu einem nicht geringen Teil resultieren sie aus medizinischen Defizit- bzw. Risikodiagnosen wie z. B. Bewegungsarmut oder Essstörungen. Sofern sie nicht im engen Sinne präventiv angelegt sind, zielen sie auf Angebote, die frühzeitig den Erwerb von Schutzfaktoren und entsprechenden Kompetenzen fördern bzw. entsprechende Bildungsprozesse anregen sollen. Bei anderen Angeboten spielt die medizinische Sicht keine Rolle. Stattdessen dominieren traditionelle pädagogische Themen wie Persönlichkeitsbildung, Identitätsentwicklung, Befähigung, Geschlechtergerechtigkeit, Beteiligung.

Ein zentrales Kennzeichen dieses Typs von Angeboten ist seine Projektförmigkeit. Es handelt sich meist um zeitlich und thematisch begrenzte Aktionen, die sich mehr oder weniger deutlich vom Alltag abheben. Durchgeführt werden die meisten dieser Projekte vonseiten der jeweiligen

¹⁹⁹ Vgl. www.bzga.de.

²⁰⁰ Im Horizont der oben dargestellten Debatten um die angemessene Begrifflichkeit stellt die Verwendung des Adjektivs „gesundheitspädagogisch“ einen pragmatischen Lösungsversuch dar. Sie verweist darauf, dass die Angebote und Maßnahmen pädagogisch angelegt sind, d. h. letztendlich ausgelegt auf gesundheitsbezogenes Lernen, auf Kompetenzzuwachs und Bildung aufseiten der Adressatinnen und Adressaten auf der Basis entsprechend gestalteter Interaktionen und Settings.

Fachkräfte, die dafür entweder kurz geschult wurden oder das Projekt auf der Basis ihrer verfügbaren Kompetenzen umsetzen. Es ist deshalb ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Projektkonzepte, dass sie auf die fachlichen und institutionellen Voraussetzungen in dem jeweiligen Praxisfeld Bezug nehmen und die Hürden zur Umsetzung nicht zu hoch hängen. Eher selten, sieht man einmal von Fortbildungen ab, erfolgt die Hinzuziehung externer Expertinnen und Experten.

Soweit zu sehen, sind die meisten der Projekte anlassbezogen angelegt. Sei es, dass die Fachkräfte vor Ort mit spezifischen Problemkonstellationen (wie z. B. Drogengefährdung) konfrontiert sind oder davon erfahren, sei es, dass Eltern entsprechende Anregungen in die Einrichtung hineinbringen, sei es, dass die öffentlichen und fachlichen Debatten entsprechende Angebote (z. B. zu Ernährung und Bewegung) fordern. Eine Ausnahme hierzu stellt in gewisser Weise die Kindertagesbetreuung dar, weil die Bildungspläne der Länder mittlerweile entsprechende, weitgehend verbindliche Vorgaben enthalten (vgl. Friederich 2008; Kap. 16.2.2).

Nicht selten hat die Projektförmigkeit eine Entsprechung in der zeitlich befristeten Finanzierung, die häufig vonseiten der Krankenkassen ermöglicht wird. Ein Beispiel der Förderung derartiger Mikroprojekte stellt z. B. das Programm „*Gesunde Kita*“ dar. Im Rahmen dieses Programms werden auf Antrag Förderbeträge von bis zu 5 000 Euro bereitgestellt: „Ziel dabei ist es, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Die Techniker Krankenkasse (TK) möchte Kindertagesstätten dabei unterstützen, die Situation für Kinder, Erzieher und Eltern so zu gestalten, dass eine gesunde Lebens- und Arbeitsweise möglich ist.“²⁰¹

20.3.3 Gesundheitsbezogene Prävention

Würde man streng systematisch argumentieren, müsste man wesentliche Teile gesundheitsbezogener Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe als eine Variante der gerade dargestellten gesundheitspädagogischen Projekte und Aktionen begreifen. Der Unterschied liegt im Detail. Als gesundheitsbezogene Prävention werden hier alle Programme und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe bezeichnet, die gezielt mit pädagogischen Mitteln, nachvollziehbar und begründet die Vermeidung bzw. Abmilderung gesundheitlicher Belastungen bzw. gesundheitlicher Risiko- und Gefährdungslagen im Kindes- und Jugendalter anstreben. Ihre Ausgangspunkte sind immer relativ eindeutige, identifizierbare, medizinisch definierte Risikokonstellationen wie z. B. Suchtverhalten, Essstörungen, Bewegungsarmut.

Analog der im Teil A, in Kapitel 3.1.1 eingeführten Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention lassen sich dabei zwei Typen ausmachen: Der größte Teil der in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe eingesetz-

ten gesundheitsbezogenen Präventionsstrategien bezieht sich auf – wie auch immer definierte und mehr oder weniger präzise beschriebene – Zielgruppen von Kindern und Jugendlichen bzw. ggf. einzelne Kinder und Jugendliche. Typische Beispiele hierfür sind Trainingsprogramme aller Art. Der zweite Typus strebt die Entschärfung von Gefährdungslagen und problematischen Gelegenheitsstrukturen an. Diese Zugänge orientieren sich an den situativen Rahmenbedingungen und sind erkennbar sozialraum- bzw. settingbezogen.

20.3.4 Eingebettete Gesundheitsförderung

Mit „eingebetteter Gesundheitsförderung“ werden hier alle Formen der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bezeichnet, die in die pädagogische Praxis als gleichsam selbstverständliche und alltägliche Momente eingebettet, also gerade nicht projektförmig organisiert sind. Im Gegensatz zu gezielten und explizit etablierten Präventionsprojekten, eigens implementierten gesundheitsbezogenen Erziehungs- und Bildungsbemühungen bzw. Aufklärungs- und Informationsanstrengungen ist diese Form dadurch gekennzeichnet, dass Gesundheitsförderung in dem in Teil A, Kapitel 3.1.1 dargestellten erweiterten Sinne sich als konstitutiv für die jeweilige pädagogische Praxis erweist. Dies kann vielfältige Formen annehmen.

Derartige Formen der Gesundheitsförderung sind überall dort leicht aufzufinden, wo die Praxis in dieser Weise angelegt und beschrieben worden ist. Ein Beispiel hierfür sind Ansätze, die das Konzept der Salutogenese bzw. der Kohärenz zu leitenden Prinzipien der Arbeit, z. B. in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung machen wollen. So wurde analog den Bemühungen um eine „gesunde Schule“ (vgl. Paulus 2008) in Brandenburg ein Netzwerk „*gesunde-kita*“ gegründet (vgl. http://www.gesunde-kita.net/index_karte.htm). Kindertageseinrichtungen werden hier als Settings der Gesundheitserziehung²⁰² verstanden. Zweck des Netzwerkes ist es, „nach Wegen im Zusammenwirken von Erzieherinnen und Erziehern und Eltern (zu suchen), Kinder vom Kleinstkindalter an natürlich und gesund, selbstbewusst, selbst- und sozialverantwortlich aufwachsen zu lassen“. Im Anschluss an Zimmer (2002) werden dabei drei Aspekte besonders herausgehoben: „(a) Stärkung der körperlichen Gesundheitsressourcen durch Bewegungsförderung und gesunde Ernährung. (b) Personale Gesundheitsressourcen, wie z. B. ein positives Selbstkonzept und Selbstvertrauen. (c) Soziale Gesundheitsressourcen, wie z. B. Akzeptanz und Unterstützung in der sozialen Bezugsgruppe“ (vgl. http://www.gesunde-kita.net/index_konzept.htm).

Für die meisten der Angebote und Konzepte gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe, vor allem jene, die sich den ers-

²⁰¹ Zitat aus dem Programmflyer: Verfügbar über: https://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/02_lust_aufs_leben/02_familie_und_kinder/12-gesunde-lebenswelten/02_gesunde_kita/downloads/flyer-gesunde-kita_pdf,property=Data.pdf, 13. Oktober 2008

²⁰² Im Übrigen kann man die Konzeption des Netzwerkes und die starke Betonung der Gesundheitserziehung als ein weiteres Beispiel für die begrifflichen Unschärfen im Feld nehmen. Liest man das Konzept des Netzwerkes, läge es nahe, von Kindertagesstätten als Settings der Gesundheitsförderung zu sprechen.

ten drei Formen zuordnen lassen, ist charakteristisch, dass sie über vergleichsweise klare Vorstellungen von Gesundheit und zu vermeidenden Belastungen bzw. Krankheiten verfügen. In vielen Fällen knüpfen sie an aktuelle medizinische Problemanzeigen an bzw. übernehmen medizinisch fundierte Empfehlungen hinsichtlich einer gesunden Lebensführung, um dann in der eigenen pädagogischen Praxis entsprechende Beiträge zu leisten. Realiter erfolgt also ein Import von medizinisch definierten Handlungszielen, die mit den pädagogischen Mitteln des jeweiligen Praxisfeldes unterstützt werden sollen.

Diesen Import medizinisch definierter Ziele und die sich daran orientierende erzieherische, pädagogische und bildende Praxis hat Stroß vor kurzem als Formen der *Gesundheitspädagogik erster Ordnung* bezeichnet. Diese verfügt über eine lange Tradition mit wechselnden Themen: „Wurden die „Heraufwachsenden“ in den Volksschullesebüchern des 18. und 19. Jahrhunderts etwa vor den gesundheitlichen Schäden durch Müßiggang und „Lasterhaftigkeit“ gewarnt und gerieten sie im sogenannten *Nervösen Zeitalter* – um 1900 – beispielsweise wegen körperlicher Erkrankungen bis hin zur Suizidgefährdung durch schulische „Überbürdung“ in den Blick, so richteten sich die normierenden Ratschläge in den 60er und den frühen 70er Jahren des 20. Jahrhunderts auf spezifische Verhaltensweisen (wie mangelhaftes Stress-Coping), auf Rauchen, Übergewicht und Bluthochdruck als Risikofaktoren“ (Stroß 2006, S. 34). Auch wenn dieser Blick seit den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts durch die Einbeziehung psychologischer, soziologischer und anderer sozialwissenschaftlicher Disziplinen, die Etablierung einer disziplinübergreifenden Gesundheitswissenschaft, sowie die stärkere Berücksichtigung von Beteiligung, Empowerment und sozialstrukturelle Aspekte erweitert wurde, so blieb doch im Kern zunächst das traditionelle Erziehungsverständnis bestehen: „Damit kann *Gesundheitspädagogik erster Ordnung* als ein – von der Medizin über weite Strecken funktionalisiertes – erziehungswissenschaftlich jedoch kaum reflektiertes, an einem autoritativen Erziehungsverständnis (1950/60er-Jahre) bzw. an Verhaltens- und Lerntheorien (1970er-Jahre) sowie zunehmend an einem partizipatorischen Erziehungsverständnis (seit den 1980er-Jahren) orientiertes, methodisch und inhaltlich noch weitgehend eklektisch, zusammengesetztes Konstrukt verstanden werden, das trotz der Erweiterung der individuums- und gruppenbezogenen Perspektive auf gesundheitsförderliche bzw. -verhindernde Rahmenbedingungen (vgl. auch *Ottawa Charta* 1986) seit den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts weiterhin auf gesundheitserzieherische Maßnahmen erster Ordnung zielt, d. h. auf Gesundheit als normative Vorgabe“ (Stroß 2006, S. 35).

20.4 Implizite Gesundheitsförderung

Für die gerade dargestellten vier Formen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung ist es kennzeichnend, dass sie sich mehr oder weniger ausdrücklich als präventive bzw. gesundheitsbezogene Angebote verstehen. Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention

und Gesundheitsförderung wären aber unzureichend beschrieben, wenn man nicht den Blick auf eine weitere Form lenkt, die paradoxerweise gar nicht als eigene Form gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben und deshalb als solche zunächst auch nicht sichtbar wird.

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Man stelle sich eine aktive Jugendgruppe von sechs bis zehn etwa gleichaltrigen Jungen und Mädchen vor, irgendwo im Alter zwischen zwölf und sechzehn Jahren, die viel an Wochenenden und während der Ferien mit dem Zelt gemeinsam unterwegs sind. Es wird ohne große Absprache, gleichsam als Element der Gruppenkultur, auf gesundes Essen geachtet, dass soweit wie möglich selbst gekocht wird. Rauchen und größere Mengen Alkohol, erst recht Drogen, gelten als verpönt, stundenlanges Fernsehen eher als langweilig; wichtig dagegen sind die gemeinsamen Fahrten, die zum Teil monatelang geplant werden. In der Selbstbeschreibung der Gruppe bzw. der Darstellung erfahrener Jugendverbandsvertreter und -vertreterinnen würden vor allem die Bedeutung der Selbstorganisation in der Gruppe, das soziale Lernen in der gleichaltrigen Gemeinschaft und die Erweiterung der alterstypischen Erfahrungsräume betont werden. Ebenso gut könnte man aber auch im Horizont des in Teil A, Kapitel 3 formulierten Gesundheitsverständnisses darauf aufmerksam machen, dass diese Fahrten im hohen Maße *auch* ein Gefühl der Selbstwirksamkeit vermitteln, was alle, die die teilnehmenden Jugendlichen einigermaßen kennen, sofort bestätigen würden. Die mit den Fahrten verbundenen und im schulischen Alltag selten gewordenen Formen des Erlebens des eigenen Körpers erweisen sich als ebenso individuell und biografisch prägend wie die Notwendigkeit, selbst Verantwortung für sich zu übernehmen und immer wieder Abenteuer in ungewohnten Umgebungen heil zu überstehen.

Mit anderen Worten: Weite Bereiche der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe lassen sich ohne großen Aufwand als bislang nicht bewusst wahrgenommene Formen der Gesundheitsförderung bzw. – in anderen Feldern – der gesundheitsbezogenen Prävention begreifen. Dabei handelt es sich nicht nur um gleichsam *implizite, nicht unmittelbar intendierte Nebenwirkungen* einer gelungenen pädagogischen Praxis, sondern in vielen Fällen um konstitutive, aber bislang nicht als solche thematisierte Momente dieser Praxis. Was unter einem pädagogischen Blick als Unterstützung bei der Persönlichkeitsbildung oder Identitätsbildung erscheint, ließe sich unter dem Blickwinkel von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung als wichtiger Beitrag zur Ausbildung von Schutzfaktoren, Resilienz oder unter salutogenetischer Perspektive als konstitutiver Bestandteil von Lebenskohärenz beschreiben.²⁰³

²⁰³ Dieser Eindruck, dass mit dem Thema Gesundheit eher implizit umgegangen wird, verstärkt sich bei einem Blick in die letzten Jahrgänge der einschlägigen Fachzeitschriften, in denen Beiträge zu Gesundheit, Resilienz und Salutogenese oder „gesunden Lebenswelten“ (Gold/Hertwig 2008) äußerst rar sind, und unter den unmittelbar körperbezogenen Themen Sexual- und Suchtpädagogik noch am häufigsten vor-

20.5 Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung

Damit erweitert sich einerseits das Leistungspotenzial der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung erheblich, weil viele Praxisangebote sowohl als pädagogische, bildende Angebote als auch als gesundheitsfördernde Praxis interpretiert werden können. Zugleich verlieren die Angebote jedoch ihre klaren Konturen. Ob es sich vorrangig um bildende Angebote oder um Gesundheitsförderung oder um beides mit jeweiligen Akzentsetzungen handelt, lässt sich abstrakt und von außen kaum mehr entscheiden.

Ob ein Praxisansatz bzw. ein Praxiskonzept es gleichsam verdient, als gesundheitsbezogen präventiv bzw. gesundheitsförderlich bezeichnet zu werden, hängt nicht nur von dem jeweils zugrunde liegenden Begriffs- und Sachverständnis ab, sondern auch, wie die Dinge kontextbezogen in ein Verhältnis gesetzt werden. Das klingt reichlich abstrakt und ist es auf dieser Ebene auch unvermeidlich. Aber ein einfaches Beispiel mag dies vielleicht konkretisieren. Selbst die beste evidenzbasierte Strategie, z. B. zur gesunden Ernährung, verfehlt ihr Ziel, wenn sie nicht eingebettet ist in die Lebenswelt derjenigen, die mit ihr angesprochen werden sollen, und wenn diese Strategie im scharfen Gegensatz zu den sonst üblichen Lebensstilen der Zielgruppe, also z. B. einer bestimmten Gruppe Jugendlicher steht. Weil Gesundheit eben nicht nur das Einhalten bzw. Anstreben einer wie auch immer zustande gekommenen Idealnorm bedeutet, sondern in den unterschiedlichen Milieus – auch in Bezug auf Ernährung – mit ganz heterogenen Vorstellungen verbunden ist, weil zudem Lernen und der Erwerb von Kompetenzen auf unterschiedlichen Wegen erfolgt, mitunter aber sogar ausdrücklich abgelehnt wird, kann eine Strategie in pädagogischen Kontexten nur dann gesundheitsförderlich genannt werden, wenn sie auf derartige Aspekte konzeptionell Rücksicht nimmt und als einen ihrer Ausgangspunkte die entsprechenden Sichtweisen und lebensweltlichen Handlungsmuster der Adressatinnen und Adressaten akzeptiert.

Man kann an dieser Stelle auf den Vorschlag von *Stroß* zurückkommen, die bereits oben mit ihrem Verständnis von Gesundheitspädagogik erster Ordnung zitiert wurde, um dieses Verständnis um eine zweite Reflexionsebene zu erweitern. *Ansätze und Strategien zweiter Ordnung* wissen darum, dass beide Begriffsseiten Gesundheit und Bildung, Gesundheit und Erziehung, Gesundheit und Pädagogik bzw. in welcher Kombination auch immer kontextbezogen geklärt werden müssen. Sie wissen darum, dass auch das Ziel Gesundheit keineswegs so eindeutig leitend ist, wie dies auf den ersten Blick erscheinen mag und wie dies die Orientierung an evidenten Beispielen wie der Vermeidung von Krankheiten, schweren Störungen sowie psychischen, physischen und geistigen Ein-

schränkungen nahelegt. Genau in diesem Sinne formuliert *Stroß* ihr Verständnis von Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung: „Gesundheitsbildung zweiter Ordnung versteht sich mithin als kritische Instanz gegenüber Normierungsversuchen, die Gesundheit im Sinne eines festgelegten Erziehungsziels und Erziehung als Technologie, d. h. hier als Mittel zur Erreichung des Ziels Gesundheit auszulegen“ (*Stroß* 2006, S. 36). Hintergrund dieser Position ist einerseits ein Erziehungsverständnis, das Erziehung als Aufforderung zur Selbsttätigkeit versteht, und andererseits ein Gesundheitsverständnis, das nicht mehr ohne weiteres inhaltlich ausgefüllt werden kann. Wenn man, wie die *WHO-Charta*, davon ausgeht, dass „Gesundheit für ein positives Konzept [steht], das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (vgl. Teil A, Kap. 3.2.1), dann wird damit ein konzeptionell sehr offener Horizont vage umrissen. Man könnte hier auch von einer jeweils „zu füllenden Leerstelle“ sprechen (*Stroß* 2006, S. 36). Je nach Konstellation und kulturellem, sozialem und ökonomischem Hintergrund bedeutet Gesundheit im konkreten Fall sehr Unterschiedliches, und zudem bedarf es dabei erstens der Konkretisierung, etwa durch Konzepte wie Selbstwirksamkeit, Belastungsbalance, Beteiligungschancen, Befähigung und Verwirklichungschancen. Zweitens ist zu berücksichtigen, dass Gesundheit kein einfach anzustrebender Zustand ist bzw. eine wie auch immer gegebene Existenzform, sondern ein de facto nie vollständig einzulösendes Ideal. Zugleich ist Gesundheit als etwas zu begreifen, das gesellschaftlich in konkreten Handlungsvollzügen definiert, realisiert und inszeniert wird.²⁰⁴ Gesundheit gibt es nicht als solches, sondern sie wird gesellschaftlich konstruiert bzw. in der Sprache des Konstruktivismus formuliert: Gesundheit ist ein Prozess des „*doing health*“. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche unter Umständen sehr eigene Vorstellungen über ihre Gesundheit haben, sodass die von dort ausgehenden Deutungen von und Umgangsformen mit Gesundheit in jedem Fall mit zu berücksichtigen sind. In pädagogischen Feldern kommt darüber hinaus drittens die Notwendigkeit dazu, den Gesundheitsbegriff auf die jeweiligen Altersgruppen zu beziehen. Gesundheitsförderung im Kleinstkindalter muss sich – nach allem, was man weiß – vor allem auf die Ausbildung stabiler Bindungen konzentrieren, während im Grundschulalter andere Themen, wie z. B. Selbstwirksamkeit, und im Jugendalter wiederum andere Aspekte, wie z. B. Identitätsentwicklung, im Vordergrund stehen. Die in Teil B dieses Berichtes vorgestellten gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen nehmen diesen Gedanken auf und verstehen sich als ein Angebot an die Fachdiskussion, die mit dem Gesundheitsbegriff einhergehende konzeptionelle Offenheit zu begrenzen und praktisch handhabbar zu machen. Eine solche Herangehensweise steht im Einklang mit dem in der Gesundheitswissenschaft aktuellen Ansatz von „*New Public Health*“ (vgl. Teil A, Kap. 3.2.1).

kommen. Auch Suizid wird gelegentlich thematisiert, Körperlichkeit, Körperkult, Körperwahrnehmung, aber auch Bewegung, Ernährung, Essstörungen, Übergewicht dagegen nur vereinzelt. Gelegentlich finden sich auch Beiträge – oder auch Fortbildungsangebote (z. B. Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen IGfH 2008) – zu Hilfen für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern oder zum Umgang mit Kindern, die Gewalt erfahren haben.

²⁰⁴ Aktuelle Veröffentlichungen um den sogenannten Gesundheitswahn belegen, wie umstritten die jeweiligen Vorstellungen dessen sind, was gerade als gesund gilt (vgl. z. B. Merta 2008; Körner 2008).

Das ersetzt nicht die noch weitgehend fehlende Fachdiskussion in der Kinder- und Jugendhilfe sowie die eingeforderte kritische Instanz im Sinne von *Stroß*, könnte aber ein Beitrag sein, der sich – unter den Bedingungen spätmoderner Gesellschaften und des damit einhergehenden zunehmenden Reflexiv-Werdens aller leitenden Begriffe – öffnenden „Leerstelle“ Gesundheit eine praktisch bewältigbare Form zu geben. Im Hinblick auf die Notwendigkeit, zumindest vorläufig zu klären, worum es im Kern geht, schlägt die Kommission vor, von gesundheitspädagogischen Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe zu sprechen. Man könnte auch von Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe mit pädagogischen bzw., wenn es gut geht, bildenden Mitteln sprechen. Damit soll angezeigt werden, dass Gesundheitsförderung deutlich mehr umfasst, als die Kinder- und Jugendhilfe zu leisten vermag. Mit ihren pädagogischen Angeboten, Arbeitsformen ebenso wie Settings ist bzw. wäre sie aber in der Lage, wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen zu leisten. Inwiefern sie dies tatsächlich tut, hängt ab von dem jeweils zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheit und bildender Pädagogik sowie von der reflexiven Rückbeziehung dieser Begriffe auf die jeweiligen fachlichen Bedingungen, fachlichen Herausforderungen – und von den Beteiligten.

20.6 Qualitätsüberprüfung

Was allerdings eine derart verstandene Praxis im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförde-

rung zu leisten vermag, ist derzeit empirisch nur unzureichend zu beschreiben (vgl. auch Röhrle 2008). Nicht nur die zuvor schon erwähnten fehlenden Überblicksdarstellungen und die Projektförmigkeit der meisten Angebote, der fehlende überregionale Erfahrungsaustausch und eine bislang kaum entwickelte Fachdiskussion verhindern gesicherte Aussagen über die Qualität, Wirkung und Nachhaltigkeit dieser Bemühungen. Hinzu kommt, dass im Bereich der externen Evaluation von Konzepten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung erhebliche Defizite bestehen (vgl. Röhrle 2008). De facto muss man diesen Umstand auch als ein Hindernis für die Kooperation mit dem Gesundheitssystem betrachten, denn dort ist es weitgehend selbstverständlich, dass nicht erprobte Konzepte nicht weiter ernst genommen werden. Gleichzeitig muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass die in der Medizin weithin geltenden Standards der (quasi-) experimentellen, möglichst kontextfreien Überprüfung der Wirkung von Konzepten und Wirkstoffen nicht ohne Weiteres in alle Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe übertragen werden können. Exemplarisch deutlich wird dies an den heterogenen Kriterien, die z. B. an „evidence-based“- bzw. „good-practice“-Konzepte angelegt werden (vgl. Teil D, Kap. 16.2.2). Folgt man auch an dieser Stelle dem in diesem Bericht postulierten Prinzip der gleichen Augenhöhe, hat dies zur Konsequenz, dass man sich vor jeder Evaluation kooperativ erbrachter Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung über die Kriterien und Standards der Bewertung verständigen muss.

Teil E Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung**21 Perspektiven auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe**

Die in diesem abschließenden Teil formulierten Empfehlungen und Forderungen an Politik und Fachpraxis orientieren sich einerseits an dem Berichtsauftrag durch die Bundesregierung. Andererseits hatte die Berichtskommission Entscheidungen zu treffen, welchen Themen sie eine besondere fachliche Priorität einräumt und mit welcher gesundheitswissenschaftlichen Perspektive sie ihre Analysen und die aus ihr folgenden Konsequenzen fachlich begründen kann. Berücksichtigt werden mussten bei der Formulierung der Empfehlungen darüber hinaus die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die institutionellen Voraussetzungen sowie der Stand der Fachdiskussion der Kinder und Jugendhilfe. Daraus ergaben sich spezifische Möglichkeiten, aber auch Grenzen.

21.1 Der Berichtsauftrag

Thema des vorliegenden Berichtes sind, entsprechend des Berichtsauftrages, Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den beiden Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Als Begründung dafür wurde kurz erläutert: „Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen verbessern. Dazu gehört auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Hierfür zu sorgen, stehen in der Bundesrepublik unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung hat jedoch nicht selten Versorgungseinbrüche an den Übergängen von einem System zum anderen zur Folge. Eine möglichst optimale Gestaltung dieser Übergänge ist daher ein wichtiges Ziel. Der Kinder- und Jugendbericht soll das Spektrum von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung der Kinder- und Jugendhilfe aufarbeiten“ (Berichtsauftrag).

Ausdrücklich sollte sich der Bericht auf alle Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bzw. ihre Familien beziehen. Die Kommission hat diesem Aspekt des Berichtsauftrages – in Anschluss an die *UN-Behindertenrechtskonvention*, aber auch an das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – durch eine durchgängig inklusive Perspektive Rechnung getragen. Sie geht davon aus, dass Heranwachsende, die von Behinderungen bedroht oder betroffen sind, ebenso wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderungen Bedürfnisse und Rechte haben, unter für sie förderlichen Bedingungen aufzuwachsen und in ihrem sozialen, psychischen und physischen Wohlbefinden die bestmögliche Förderung zu erfahren. Nur unter dieser Prämisse ist die Forderung nach Inklusion für Heranwachsende mit Behinderungen zu erfüllen.

21.2 Gesundheitliche Herausforderungen und institutionelle Angebote im Kontext des aktivierenden Sozialstaates

Vergleicht man den Stand der Forschung zu den alters-typischen gesundheitlichen Risiken und Entwicklungsressourcen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter einerseits (vgl. Teil B) und die Resultate des im Teil D dieses Berichtes unternommenen Versuchs andererseits, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zu bilanzieren, werden unvermeidlich Diskrepanzen sichtbar. Allerdings wäre es naiv zu fordern, dass die Kinder- und Jugendhilfe zukünftig für alle im Teil B beschriebenen gesundheitlichen Risiken wie auch Ansatzpunkte für die Förderung von Wohlbefinden entsprechende Angebote vorhalten sollte. Vielmehr stellt sich die Frage, welche Aufgaben vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe, und welche vorrangig von anderen Akteuren übernommen werden sollen, also vonseiten des Gesundheitssystems, der Eingliederungshilfen und ggf. vonseiten Dritter, z. B. der Schule, der Berufsausbildung, aber auch der Selbsthilfeinitiativen und anderer Formen bürgerschaftlichen Engagements und schließlich, welche Aufgaben gemeinsam gelöst werden müssen. Und es stellt sich die Frage, welche gesetzlichen, institutionellen sowie fachlichen Kriterien dafür jeweils ausschlaggebend sein könnten. Anders formuliert: Die Frage nach der zukünftigen Passung zwischen Bedarfen unterschiedlicher Art und Angeboten im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter bzw. nach den Grenzen und Möglichkeiten der beteiligten Akteure richtet sich nicht nur an die Kinder- und Jugendhilfe, sondern an alle Verantwortlichen in diesem Bereich.

Dabei ist zu bedenken, dass gesundheitsbezogene Herausforderungen bei Heranwachsenden auf der einen Seite definiert werden durch die beteiligten Fachwissenschaften und Professionen, allen voran die Medizin. Auf der anderen Seite kann nicht davon abgesehen werden, dass der jeweilige *sozialpolitische Kontext* großen Einfluss darauf hat, was als Herausforderungen für die Fachpraxis definiert wird und wie weit diese mit passenden Angeboten reagieren kann.

Die Passungsfrage führt deshalb notwendigerweise auch zu jenen sozialpolitischen Prämissen und Arrangements, die die Kinder- und Jugendhilfe und die anderen beteiligten Akteure nicht nur im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung aktuell prägen (vgl. auch Schmidt/Kolip 2007). Die in diesem Bericht zugrunde gelegten Konzepte wie Salutogenese, Empowerment, Partizipation, Verwirklichungschancen und Befähigung transportieren nicht nur einen spezifischen Zugang zur Gesundheitsförderung; darüber hinaus enthalten sie ein spezifisches Subjektverständnis (vgl. Ogden 2002). Verstanden wird hier das Subjekt als ein sich selbst steuerndes Individuum, das über die Erfahrung von Kohärenz und Selbstwirksamkeit jenes Maß an Autonomie erwirbt und erlebt, das den normativen Vorstellungen einer aufgeklärten, demokratischen westlichen Gesellschaft ent-

spricht. Befähigung in diesem Zusammenhang bedeutet deshalb, Heranwachsenden jene Ressourcen zu ermöglichen, die zur Erreichung solcher normativer Zielvorstellungen notwendig sind. Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch der anderen Akteure, haben entsprechend dieser Vorstellung dann den adäquaten Zuschnitt, wenn sie Heranwachsenden die erforderliche Unterstützung bei der Erreichung dieses Ziels anbieten.

Dieses Leitbild passt einerseits gut in die aktuelle sozialpolitische Landschaft, steht aber andererseits auch in einem gewissen Widerspruch dazu. Hintergrund hierzu sind jene Veränderungsprozesse des Sozialstaates, die als „aktivierende Wende der Sozialpolitik“ beschrieben werden (Lessenich 2008, S. 77). Damit ist einerseits der Abschied von einem „Vorsorgestaat“ (Ewald 1993) gemeint, der beansprucht, Lebensrisiken in einer kollektiven Daseinsvorsorge weitgehend abzusichern. Andererseits ist damit ein neuer Regierungsmodus angesprochen, in dessen Zentrum „der tendenzielle Übergang von der öffentlichen zur privaten Sicherheit, vom kollektiven zum individuellen Risikomanagement, von der Sozialversicherung zur Eigenverantwortung, von der Staatsversorgung zur Selbstsorge (steht)“ (Lessenich 2008, S. 82). Es entsteht eine Politikform, die „nach dem Modell des Anleitens zur Selbststeuerung“ (Saar 2007, S. 38) konstruiert ist. Die beliebte Formel von „*investing in people*“ hat hier ihren systematischen Ort. Diese Politik unterstellt und fördert das „unternehmerische Selbst“ (Bröckling 2007), das sein Leben als eine Abfolge von Projekten sieht und angeht, die mit klugem Ressourceneinsatz optimal organisiert werden müssen. Die Zukunftskommission von Bayern und Sachsen hat dieses neue Bürgerleitbild exemplarisch formuliert: „Das Leitbild der Zukunft ist das Individuum als Unternehmer seiner Arbeitskraft und Daseinsvorsorge“, und das bedeutet für die Autoren: „Diese Einsicht muss geweckt, Eigeninitiative und Selbstverantwortung, also das Unternehmerische in der Gesellschaft, müssen stärker entfaltet werden“ (Kommission für Zukunftsfragen Bayern – Sachsen 2007, S. 36). Das so konzipierte Subjekt ist für seine Gesundheit, für seine Fitness, für seine Passung in die Anforderungen der Wissensgesellschaft selbst zuständig – und auch für sein Scheitern. Nicht selten erlebt sich allerdings das „selbstwirksame“ unternehmerische Selbst als „unternommenes Selbst“ (Freitag 2008).

Ist es dieses Leitbild, dem der Befähigungsansatz eine pädagogisch-sozialpsychologische Gestalt verleihen soll? Bildet dieses Leitbild den Prüfstand für eine gelungene Passung? Kann das gemeint sein, wenn im Anschluss an das Modell der Salutogenese von Widerstandsressourcen die Rede ist oder wenn Verwirklichungschancen thematisiert werden? Ist das Leitbild der Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugendhilfeangebote das einer möglichst permanent optimierten flexiblen Anpassung ihrer Adressatinnen und Adressaten an die Beschleunigungsdynamiken der spätmodernen Gesellschaften? Im Augenblick scheint die politische Programmatik sehr stark von dieser Idee durchdrungen zu sein, denn „keine Lebenslage, keine Lebensphase bleibt von der aktivierungspolitischen Anrufung verschont“ (Lessenich 2008, S. 117).

Die Leitidee des „unternehmerischen Selbst“ hat jedoch nur auf den ersten Blick Ähnlichkeiten mit jener der *Ottawa-Charta*. Diese betont zwar auch die Idee der Selbstsorge und ihre Perspektive der Verantwortungsübernahme für das eigene Leben; sie stellt aber ebenso heraus, dass die Gesellschaft dafür strukturelle Voraussetzungen im Sinne verlässlicher institutioneller Unterstützungssysteme zu schaffen hat. Die *Ottawa-Charta* legt nicht ein Menschenbild des allzeit funktionierenden, mobilen und flexiblen Menschen zugrunde, sondern eher das eines Menschen, der Lebenssouveränität nicht mit einer grenzenlosen Bereitschaft zur Anschmiegsamkeit an die Imperative des Marktes gleichsetzt (vgl. Jehle 2007). In deutlicher Absetzung von einer in vielen Diskursen bestimmend gewordenen unternehmerischen Perspektive betont sie die Bedeutung eines eigenständigen Lebensentwurfs und weiter, dass die dafür notwendigen gesellschaftlichen Gestaltungsspielräume und Ressourcen verfügbar sein müssen. Die Förderung von Identitätsarbeit im Sinne widerständiger Grenzziehungen gegenüber den Zumutungen „neosozialer Gouvernementalität“ (Lessenich 2008, S. 84) kann in diesem Sinne als ein wichtiges Kriterium und als unterstützenswertes Ziel gelingender Gesundheitsförderung bzw. pädagogischer Praxis gesehen werden.

Die Zusammenschau der unterschiedlichen Datenquellen, die im Teil B zusammengefasst wurden, legt die Vermutung nahe, dass ein Teil der benannten Risikolagen in der wachsenden Beschleunigung aller Lebensvollzüge (vgl. auch Rosa 2005) und den nicht ausreichend vorhandenen Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen in der Auseinandersetzung mit diesen Lebensbedingungen begründet sind. Die daraus resultierende mangelnde Balance zwischen Risiken und Bewältigungsressourcen wird dadurch noch unausgeglichener, dass immer mehr gesellschaftliche Erwartungen an Heranwachsende wie Erwachsene adressiert werden, sich dieser Beschleunigung nicht nur anzupassen, sondern auch noch ihre Vorstellungen eines gelungenen Lebens auf diesen normativen Horizont hin auszurichten. Zumindest ein gewisser Teil der nachwachsenden Generation stellt diesen Erwartungen seine eigenen Vorstellungen eines Lebensentwurfs entgegen bzw. koppelt sich, zumindest zeitweise von diesen Erwartungen ab. Darüber hinaus entwickeln zunehmend mehr Heranwachsende, die nicht über adäquate materielle, soziale und bildungsspezifische Ressourcen verfügen, eigenständige Bewältigungsstrategien, die sich von den dominierenden gesellschaftlichen Vorstellungen deutlich unterscheiden können. Häufig wird jedoch die mögliche produktive und kreative Kraft dieser Bewältigungsstrategien von gesellschaftlich-politischen Akteuren (z. B. Kinder- und Jugendhilfe) nicht ausreichend wahrgenommen.

Die zunehmende Erosion traditioneller Lebenskonzepte, die Erfahrung der „Entbettung“ („disembedding“; vgl. Giddens 1995, S. 33ff.), die Notwendigkeit von mehr Eigenverantwortung und Lebensgestaltung haben Menschen in der Gegenwartsgesellschaft viele Möglichkeiten der Selbstgestaltung verschafft. Zugleich ist aber auch das Risiko des Scheiterns gewachsen. Vor allem die oft

nicht ausreichenden psychischen, sozialen und materiellen Ressourcen erhöhen diese Risikolagen. Die gegenwärtige Sozialwelt ist deshalb auch als „flüchtige Moderne“ charakterisiert worden (Bauman 2000), die kaum mehr stabile Bezugspunkte für die individuelle Identitätsarbeit zu bieten hat und den Subjekten eine endlose Suche nach den richtigen Lebensformen abverlangt. Diese Suche kann zu einem „erschöpften Selbst“ führen, das an den hohen Ansprüchen an Selbstverwirklichung und Glück scheitert (Ehrenberg 2004). Eine aktuelle Studie (Summer 2008) hat mehr als 300 Psychotherapieakten reanalysiert und konnte mit dem an Ehrenberg geschärften Blick zeigen, dass die ins Ich-Ideal verinnerlichten gesellschaftlichen Leistungs- und Selbstwirklichungsideologien eine destruktive Dynamik auslösen können. Es handelt sich bei Depression also nicht um eine „Krankheit der Freiheit“, wie Ehrenberg sie nannte, sondern um die Folgen einer individuellen Verinnerlichung der marktradikalen Freiheitsideologien.

Wenn man den salutogenetischen Begriff der „Widerstandsressourcen“ ernst und wörtlich nimmt, dann gehört zu ihnen auch eine kritisch-reflexive Haltung zu jenen normativen Vorgaben, die dem eigenen Wohlergehen schaden könnten. Prävention und Gesundheitsförderung der Kinder- und Jugendhilfe sollten diese kritisch-reflexive Haltung nicht nur den eigenen Ansprüchen und Programmen zugrunde legen, sondern den Heranwachsenden Kompetenz in diese Richtung zutrauen und sie darin stärken. Statt einer unreflektierten Fitnessperspektive wäre die Stärkung der Selbstsorge und Selbstachtsamkeit als normative Positionierung vorzuziehen. Zugleich müssen die institutionellen Bedingungen der Möglichkeit zu praktizierter Selbstsorge immer mit bedacht werden.

21.3 Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe: Möglichkeiten und Grenzen

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, wie sie im Teil A dieses Berichtes vorgestellt wurden, sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Da die Kinder- und Jugendhilfe nur ein Akteur unter anderen ist, ist danach zu fragen, welche besonderen Beiträge sie in diesen beiden Feldern zu leisten vermag und wo ihre Grenzen liegen.

Dabei muss man sich zunächst vergegenwärtigen, dass die Kinder- und Jugendhilfe weder über eigene Geldmittel verfügt, die zu verteilen wären, noch über Rechtsmittel oder andere gesellschaftliche Steuerungsmedien. Vielmehr sind pädagogische Prozesse das vorrangige Medium, mit dessen Hilfe sie ihre Leistungen erbringt, seien es Betreuung, Erziehung, Bildung, Förderung, Unterstützung, Hilfe oder Schutz. Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe besteht also in der besonderen pädagogischen Unterstützung von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung bei ihren Adressatinnen und Adressaten.

Charakteristisch für pädagogische Verhältnisse sind dabei ihre immanenten Paradoxien und Spannungsverhältnisse. Abgesehen von der grundsätzlichen, spätestens seit Kant bekannten Herausforderung jeder Pädagogik, „wie man die Unterwerfung unter den gesetzlichen Zwang mit der Fähigkeit, sich seiner Freiheit zu bedienen, vereinigen könne“ (Kant 1983, S. 711; Tenorth 2002), kommt pädagogische Praxis nicht darum herum, neben den Anliegen und Erwartungen der älteren Generation bzw. der Gesellschaft die Perspektive der Kinder und Jugendlichen zu einem zentralen Ausgangspunkt ihres Handelns zu machen. Bezogen auf Gesundheit und Krankheit bedeutet dies, dass jede Form der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe die entsprechenden Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen muss. Sie kann sich also in ihrem Handeln nicht einfach von medizinischen Risikodiagnosen und salutogenetischen Befähigungsfaktoren leiten lassen, sondern sie muss diese situativ einbetten und dabei Kinder und Jugendliche als Akteure begreifen und ihre Sichtweisen und Bewältigungsstrategien zum Bezugspunkt ihres Handelns machen.

Darin liegen ihre Chancen, aber auch ihre Grenzen. Zwei Beispiele mögen dies verdeutlichen: Weil viele gesundheitliche Herausforderungen in der Zukunft liegen, stoßen sich entsprechende Präventionsansätze nicht selten an dem ausgeprägten Gegenwartsbezug und den aktuell positiven körperlichen Selbstwahrnehmungen von Kindern und Jugendlichen. Oder um ein anderes Beispiel zu nennen: Weil Risikohandeln und das Austesten von Grenzen des eigenen Körpers und gesellschaftlicher Regeln Formen der alterstypischen Identitätssuche von Jugendlichen darstellen, prallen alle Informationen über die Gefahren etwa von Drogenkonsum oder Alkoholmissbrauch weitgehend ab, solange nicht diese Momente jugendlichen Alltags mit seinen einflussreichen Peer-Kulturen in die pädagogische Praxis einbezogen werden.

Im Hinblick auf Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention bietet das fachliche Profil der Kinder- und Jugendhilfe, neben der bereits erwähnten *Akteursperspektive*, eine Reihe aussichtsreicher Zugänge, die genutzt werden können und sollten. Dazu gehört das *Bemühen um die Niedrigschwelligkeit* vieler Angebote, die Erreichbarkeit, Zugänge, Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen erleichtert. Nicht minder bedeutsam sind die Ansätze, die *Sozialräume* von Kindern und Jugendlichen systematisch zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die in diesem Bericht herausgestellte Bedeutung von Selbstwirksamkeitserfahrungen für eine gesundheitsförderliche Sozialisation ist einmal mehr auf *Beteiligung* hinzuweisen, die eine wesentliche Voraussetzung dafür darstellt und zudem ein in der Kinder- und Jugendhilfe weithin anerkannter, wenn auch noch nicht überall wirklich realisierter, Standard ist. Unter dem Vorzeichen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen schließlich Fachstandards wie die *Lebensverlaufs-perspektive*, *Geschlechter- und interkulturelle Sensibilität* und die *Förderung von Inklusion* besondere Bedeutung.

22 Zwölf Leitlinien

Wiederholt wurde in diesem Bericht die Bedeutung des salutogenetischen Blicks als konzeptionellem Rahmen für Ansätze gesundheitsbezogener Prävention und der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe hervorgehoben. Die Stärkung von Lebenskohärenz und die Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen bei Heranwachsenden mit dem Ziel von mehr Befähigungsgerechtigkeit werden damit zu zentralen fachlichen Anliegen der Kinder- und Jugendhilfe.

In den folgenden zwölf Leitlinien wird eine Grundhaltung formuliert, die die Basis für die im Anschluss (vgl. Kap. 23) folgenden Empfehlungen dieses Berichtes bildet; zugleich wird damit auch der Versuch unternommen, den salutogenetischen Blick als Fachstandard in der Kinder- und Jugendhilfe zu konkretisieren.

Erste Leitlinie: Stärkung der Lebenssouveränität

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen zielen auf eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. den gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen.

Zweite Leitlinie: Gesellschaftsbezug

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention müssen Antworten auf die Fragen beinhalten, in welche Gesellschaft Kinder und Jugendliche hineinwachsen und welche Ressourcen sie benötigen, um sich an dieser Gesellschaft aktiv beteiligen zu können. Sie benötigen also eine zeitdiagnostische Komponente.

Dritte Leitlinie: Lebenswelt- und Kontextbezug

Die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention der Kinder- und Jugendhilfe sind lebensweltbezogen zu entwickeln. Sie sind an den sozialräumlichen Kontexten der Heranwachsenden zu orientieren. Mädchen und Jungen sollten nicht lediglich als individualisierte Träger von medizinisch diagnostizierten Symptomen wahrgenommen und allein medizinisch bzw. medikamentös behandelt werden.

Vierte Leitlinie: Förderung positiver Entwicklungsbedingungen

Kinder und Jugendliche wachsen in ihrer großen Mehrheit gesund, selbstbewusst und kompetent auf. Sie dürfen nicht unter einer generalisierten Risikoperspektive gesehen werden; notwendig sind vielmehr der Blick auf die positiven Entwicklungsbedingungen der nachwachsenden Generationen und Antworten auf die Frage, wie solche Bedingungen für *alle* Kinder und Jugendlichen gefördert werden können bzw. welcher unterstützender Strukturen und gesellschaftlicher Investitionen es dazu bedarf. Im Wissen, dass sich ein gesundes Leben und Aufwachsen nicht einfach „naturwüchsig“ entwickeln, ist es ratsam, dass im Sinne von „good governance“ die schon geleiste-

ten gesellschaftlichen Anstrengungen verdeutlicht und bestehende Errungenschaften gepflegt und ggf. ausgebaut werden.

Fünfte Leitlinie: Befähigungsgerechtigkeit

Es gibt gesellschaftliche Segmente, in denen ein gesundes Aufwachsen bedroht ist, weil in ihnen die erforderlichen Entwicklungs- und Widerstandsressourcen nicht vorhanden sind bzw. nicht an Heranwachsende weitergegeben werden können. Hier ist vor allem die wachsende Armut zu nennen, die in überproportionaler Weise Kinder und Jugendliche betrifft. Die Orientierung am Ziel der Befähigungsgerechtigkeit verpflichtet zu Fördermaßnahmen, die allen Heranwachsenden die Chance zum Erwerb der Entwicklungsressourcen geben, die zu einer selbstbestimmten Lebenspraxis erforderlich sind. Dabei gilt es, aktiv an den vorhandenen Ressourcen gerade sozial benachteiligter Heranwachsender anzuknüpfen, statt diese implizit und explizit zu entwerten.

Sechste Leitlinie: Bildungsgerechtigkeit

Alle verfügbaren Daten belegen einen engen Zusammenhang nicht nur zwischen Einkommensarmut, sondern auch zwischen dem Bildungsgrad von Eltern und ihren Kindern und dem Grad an objektiver und subjektiver Gesundheit. Es gilt daher, allen Kindern und Jugendlichen möglichst früh formelle und informelle Bildungsmöglichkeiten zu eröffnen, um damit sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken und gesundheitliche Ressourcen zu stärken.

Siebte Leitlinie: Inklusion

Im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention (§ 24) haben alle Kinder, unabhängig von ihrem Rechtsstatus, ein Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Insofern sind alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten, die keine Aussonderung akzeptiert. Inklusionsnotwendigkeiten bestehen vor allem für Kinder, die in Armut aufwachsen, für Heranwachsende mit Migrationshintergrund und für Mädchen und Jungen mit behinderungsbedingten Handlungseinschränkungen. Sprach-, Status- und Segregationsbarrieren sind abzubauen und die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung sind in allen Planungs- und Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen (*disability mainstreaming*).

Achte Leitlinie: Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug

In jedem Lebensalter haben Mädchen und Jungen spezifische Kompetenzen zu erwerben, die für ein gesundes Heranwachsen von zentraler Bedeutung sind und die in ihrer Gesamtheit ihre Handlungsbefähigung ausmachen. Wie in den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ (vgl. Teil B) ausgeführt, reichen diese von frühem Aufbau von sicheren Bindungen über Autonomiegewinnung, Er-

werb von Sprache und Möglichkeiten kommunikativer Verständigung, Bewegungskompetenz, Beziehungsgestaltung, Welterschließung, Beheimatung im eigenen Körper, Umgang mit Grenzerfahrungen und Identitätsbildung bis hin zu Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme. Diese gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen, die von Mädchen und Jungen unterschiedlich umgesetzt werden, lassen sich unter drei Perspektiven bündeln, die für die Gesundheitsförderung eine besondere aktuelle Relevanz haben:

- ein achtsamer Körperbezug,
- ein kommunikativer Weltbezug,
- ein reflexiver Bezug auf das eigene Selbst.

Neunte Leitlinie: Lebensverlaufsperspektive

Gesundheitsförderung, die sich an einer Lebensverlaufsperspektive ausrichtet, wird der Förderung altersspezifischer Entwicklungsressourcen in den frühen Lebensphasen besondere Priorität einräumen, um möglichst gute Bedingungen für die weitere Entwicklung zu schaffen. Sie darf trotzdem die späteren Lebensphasen nicht vernachlässigen. Gerade das Schul- und Jugendalter zeigt einen besonderen Förder- und Unterstützungsbedarf im Sinne der Erhöhung von Verwirklichungschancen, um die anstehenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für sich selbst und bezogen auf die gesellschaftlichen Anforderungen befriedigend bewältigen zu können.

Zehnte Leitlinie: Interprofessionelle Vernetzung

Die bestehenden Systeme der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und der Eingliederungshilfe und Rehabilitation müssen in einer Vernetzung auf kommunaler Ebene weiterentwickelt werden, sodass – bezogen auf die jeweiligen Personen und Gruppen – bedarfsgerechte, passgenaue Förderkonzepte gemeinsam gestaltet und realisiert werden können.

Elfte Leitlinie: Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive

Notwendig ist ein Paradigmenwechsel von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive. Förderprogramme haben sich an den Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten von Heranwachsenden und deren Familien auszurichten. In der Konsequenz bedeutet dies eine verbindliche Partizipation der Heranwachsenden und ihrer Familien an den Leistungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe und der anderen Akteure.

Zwölfte Leitlinie: Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gesundheitsförderung und Prävention bedürfen einer gesellschaftspolitischen Rahmung und Prioritätensetzung. In vielen Konstellationen, in denen Heranwachsende Förderung und Unterstützung benötigen und die in hohem Maße gesundheitsrelevant sind (Sozialpolitik, Armutsbekämpfung, Integration von Migrantinnen und Migranten und Menschen mit Behinderung, Bildung, Ökologie), ist

eine integrierte Gesamtpolitik erforderlich. Die Handlungsmächtigkeit der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe und Rehabilitation sowie des Gesundheitssystems sind begrenzt und bedürfen einer gezielten Unterstützung der anderen Politikfelder.

23 Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen richten sich an die Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe bzw. die beteiligten Akteure an den jeweiligen Schnittstellen einerseits und die Politik auf kommunaler, Landes- und Bundesebene andererseits. Damit formuliert die Kommission im Sinne „nächster Schritte“ die aus ihrer Sicht wichtigsten Herausforderungen in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Im Aufbau dieser Empfehlungen bildet zunächst (1) die Fachebene der Kinder- und Jugendhilfe den zentralen Fokus, wobei es um die Möglichkeiten und Notwendigkeiten ihrer Beteiligung an einer qualitativen Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen geht. Eine nachhaltig wirksame Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe an der Gesundheitsförderung ist aber an (2) arbeitsfeldübergreifende Voraussetzungen gebunden, die durch verbindliche Kooperationsformen und Netzwerkbildungen der Systeme der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe zu schaffen sind. Und schließlich sind auch (3) Herausforderungen an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu formulieren, ohne die die Kinder- und Jugendhilfe in ihren Leistungen nicht die Wirksamkeit entfalten kann, die für eine Verbesserung gesundheitsbezogener Chancen von Heranwachsenden notwendig ist.

23.1 Kinder- und Jugendhilfe

23.1.1 Gesundheitsförderung als fachlicher Standard

Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss ein Ziel fachlichen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf nicht als Voraussetzung der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden; vielmehr muss die Frage im Mittelpunkt stehen, wie in dem jeweiligen Handlungsfeld, ggf. im Zusammenspiel mit anderen Akteuren, altersgerecht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert und gesundheitliche Belastungen vermieden werden können. Stärker als bisher bedarf es der Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Folgen von sozioökonomischer und -kultureller Benachteiligung und der Entwicklung entsprechend gegensteuernder Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe.

23.1.2 Förderung eines achtsamen Körperbezugs

Achtsamkeit von Mädchen und Jungen gegenüber dem eigenen Körper – wie auch dem Körper anderer – und eine geschlechterdifferenzierende Achtsamkeit der Fachkräfte gegenüber der Körperlichkeit und ihrer Bedeutung

für die individuelle Identitätsentwicklung Heranwachsender müssen deutlicher als bisher Inhalt pädagogischen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Dies gilt vor allem für Fälle, in denen der Körper Medium von geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Grenzerfahrungen ist, also z. B. von traditionell männlichem Risikoverhalten, Magersucht bei Mädchen oder von beschädigenden Körperinszenierungen. Dies gilt aber ebenso auch für den unauffälligen Alltag. Der Umgang mit dem eigenen Körper sowie bewusste achtsame Körpererfahrungen sind ein wichtiger Aspekt individueller Bildungsprozesse, und dafür sollte Sensibilität gefördert werden.

Aufseiten der Fachpraxis gilt es zu verstehen, dass sich Mädchen und Jungen auch mit Hilfe ihres Körpers im sozialen Feld positionieren. Für die Kinder- und Jugendhilfe ist es eine wichtige Aufgabe, die körperbezogenen Symbolisierungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihren gesellschaftlichen Kontexten zu entziffern. Sie sollte in der Lage sein, diese Symbolisierungen als Zeichen, z. B. von Szenezugehörigkeiten, des Wohlbefindens, aber auch der Belastung oder Überforderung (z. B. im Fall von psychosomatischen Stresssymptomen) zu verstehen und sie in Beziehung mit der sozialen Lage, der Lebensgeschichte und dem sozialen Geschlecht zu setzen. Daraus sollten entsprechende Angebote resultieren, um diese Zeichen und Symbolisierungen als Ressource für die Ausbildung stabiler Identitäten zu nutzen.

23.1.3 Förderung eines kommunikativen Weltbezugs

Aneignung von Welt und Bildung sind ohne Kommunikation nicht denkbar; Gesundheit und Wohlbefinden hängen eng mit ihrem Gelingen zusammen. Von daher trägt die Förderung der Aneignung von Sprache und Kommunikationskompetenz fundamental zu Gesundheit und Wohlbefinden bei.

In den Angeboten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind Mädchen und Jungen und deren Eltern anzutreffen, die eine oder mehrere andere Sprachen sprechen, der deutschen jedoch noch nicht hinreichend mächtig sind. Diese Mehrsprachigkeit ist als Ressource zu betrachten und als erweiterte Kompetenz beim Lernen einer zusätzlichen Sprache zu berücksichtigen. Förderung von Sprache sollte in den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe so in den Alltag integriert werden, dass Sprache erlernbar ist als Bestandteil einer sinnhaften Kommunikation, die ihre Entsprechung in den Anforderungen des Alltags erfährt. Das Erlernen von Sprache stellt einen komplexen Vorgang dar, in dem Bedeutungen (vor allem am Beginn des Sprachlernens) auch erfahrbar werden müssen über Mimik und Gestik der Sprechenden und über die Orte, an denen Worte und Begriffe verwendet werden. Eine solche Sprachaneignung fördert Selbstständigkeit, Selbsttätigkeit und einen kommunikativen Weltbezug. Sie ist Sprachkursen vorzuziehen, die wenig Verbindung zum Alltag der Sprachlernenden herstellen.

Die Förderung der Sprache im Alltagsgeschehen ermöglicht es zudem, alle Kinder eines Gruppenverbandes (Kindertagesstätten, Schulen, Freizeitgruppen etc.) einzubeziehen und verhindert so eine Vereinzelung von Kindern in „Risikogruppen“ (im Sinne eines Etikettierungsvorgangs), in denen die sprachlichen Anregungen zudem auf die jeweiligen spezifischen Erfahrungshintergründe eingeschränkt werden.

Sprachentwicklungsförderung sollte so früh wie möglich einsetzen. Kindertagesstätten und Tagespflege stellen wichtige Lernorte für diejenigen Kinder dar, die nicht mit Deutsch als Familiensprache begonnen haben bzw. in ihren Familien zu wenig Sprachförderung erfahren. Voraussetzung dafür sind eine ausreichende Zahl von Plätzen in der Kinderbetreuung sowie eine fachliche Sensibilisierung und kontinuierliche Fortbildung aller beteiligten Fachkräfte und Betreuungspersonen.

23.1.4 Förderung eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst

Der salutogenetische Ansatz rückt das Kohärenzgefühl im Sinne eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst als zentrale Bedingung für psychische und körperliche Gesundheit in den Mittelpunkt aller Überlegungen zur Gesundheitsförderung. Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, das von der Erwartung bewältigbarer Anforderungen und der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit sowie der Gestaltbarkeit der eigenen Lebensbedingungen getragen ist. Der Kohärenzsinn ist zudem durch das Bestreben charakterisiert, den eigenen Erfahrungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang zu bringen. In der Gewinnung eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst ist die Erfahrung von äußeren und inneren Grenzen ebenso wichtig wie die Chance, eigene Identitätsgrenzen zu erkunden und zu behaupten. Das Kohärenzgefühl repräsentiert die Überzeugung, eine für sich selbst stimmige Passung zwischen der inneren und äußeren Realität erreicht zu haben. Je weniger es dagegen gelingt, für sich Lebenssinn zu konstruieren, desto weniger besteht die Möglichkeit, sich für oder gegen etwas zu engagieren und Ressourcen zur Realisierung spezifischer Ziele zu mobilisieren.

Die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sollten für Heranwachsende altersadäquate Gelegenheitsstrukturen schaffen, Kohärenzgefühl und Kompetenzen zu erwerben, die widerstandsfähiger gegen psychosoziale Belastungen machen. Junge Menschen sind dadurch auch zu einem achtsamen, selbstreflexiven Umgang mit der eigenen Person zu befähigen, um ihre Entwicklungspotenziale optimal entfalten und ausschöpfen zu können.

23.1.5 Stärkere Berücksichtigung unterschiedlicher Entwicklungspfade und Ressourcen

Gesundheitliche Entwicklung folgt je nach Alter, sozialer Lage, Geschlecht, sozioökonomischem und kulturellem

Hintergrund sowie verfügbaren individuellen und institutionellen, privaten und öffentlichen Ressourcen unterschiedlichen Entwicklungspfaden. In allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe bedarf es einer stärkeren konzeptionellen Orientierung der Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung an diesen Unterschieden. Besondere Bedeutung kommt dabei den – geschlechtsspezifisch zu differenzierenden – Bedingungen des Aufwachsens in Armutslagen, mit Migrationshintergründen und mit Behinderung zu, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

23.1.5.1 Aufwachsen in Armutslagen

Für sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und ihre Familien ist ein niedrigschwelliger Zugang zu allen Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen. Der Ausbau der öffentlichen Angebote des Erziehungs- und Bildungssystems (z. B. Ganztagsbetreuung bzw. -schulen) ist ebenso notwendig wie die Integration dieser Kinder und Jugendlichen in die Freizeitangebote der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. in Form zielgruppenspezifischer Sportangebote).

- Dazu ergänzend sind überall dort Möglichkeiten der Kostenerstattung zu schaffen, wo Kinder und Jugendliche aus finanziellen Gründen von gesundheitsfördernden Angeboten ausgeschlossen sind, z. B. von Angeboten gesunden Mittagessen in Ganztageseinrichtungen, von Sportvereinen oder Ferienerholungsangeboten.
- Weiter sollten kompensatorische Programmansätze erarbeitet werden, die zur Überwindung der gesellschaftlichen Segregation von Kindern und Jugendlichen beitragen, indem die Programmansätze auf ihre Zugangsbarrieren für bestimmte Gruppen überprüft und diese beseitigt werden (so sollten z. B. Ferienangebote wohnortnah und gut erreichbar sein, damit auch benachteiligten Familien oder Familien mit Migrationsgeschichte ihre Nutzung erleichtert wird).

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit müssen niedrigschwellige, aufsuchende Dienste zur Unterstützung von Erziehung und Sozialisation der Kinder aus sozial benachteiligten Familien – von der Schwangerschaft bis zur Vorschulerziehung – zum Regelangebot in jedem Jugendamtsbezirk werden.

Angebote gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter müssen darauf abzielen, dass die mit Armut bei Kindern und Jugendlichen einhergehenden gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen nicht als unveränderbare Normalität erfahren werden. Es ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Fachpraxis, das Erfahren und Einüben einer gesundheitsbezogenen Lebensführung und der Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper zu ermöglichen. Zudem ist frühzeitig die Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu fördern, um den Folgen von Ausgrenzungs- und Mangel Erfahrungen zu begegnen.

23.1.5.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Wie viele andere öffentliche, politische und fachliche Debatten läuft auch die Diskussion zum Thema Gesundheit und Migration Gefahr, die Aspekte Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit zu stark zu gewichten und die soziale Lage von Migrantinnen und Migranten zu wenig zu berücksichtigen. Gegenüber dieser Kulturalisierung bzw. Ethnisierung der gesundheitlichen Belastungen von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund muss betont werden, dass bei der zweiten und dritten Generation die Migrationsgeschichte zunehmend hinter die soziale Ungleichheit zurücktritt.²⁰⁵ Gerade im Hinblick auf die Weiterentwicklung differenzierter, bedarfsgerechter Ansätze gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe muss diese Einsicht stärker als bisher orientierend wirken.

Notwendig ist eine Perspektive auf Heranwachsende mit Migrationshintergründen, die sich von der Annahme löst, dass sie spezifische Identitätsprobleme haben müssten, da ihre bi- oder multikulturellen Bezugssysteme automatisch zu einem Hindernis würden. Erst in jüngerer Zeit wird anerkannt, wie sehr Identitätsarbeit unter Bedingungen der Spätmoderne für alle Heranwachsenden der Herstellung eines Patchworks gleicht, so dass „hybride Identitäten“ eher die Regel geworden sind. Die darin enthaltene Mehrfachzugehörigkeit kann eine wichtige Ressource für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sein, bedarf aber der gesellschaftlichen Anerkennung.

Alle Heranwachsenden mit Migrationshintergrund und ihre Familien müssen unabhängig von ihrem Rechtsstatus Zugang zu Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung erhalten.

Es bedarf zudem der Verbesserung des Angebots von Dolmetscherdiensten, vor allem für den Bereich der Frühförderstellen, Kindertagesstätten, Schulen, beruflichen Bildungseinrichtungen sowie für Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe wie Allgemeiner Sozialer Dienst, Elternberatung oder Hilfeplanung. Über diese „Brücke“ könnten für die betroffenen Familien, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch die Zugänge in das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe erleichtert bzw. in vielen Fällen überhaupt erst eröffnet werden.

23.1.5.3 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Angebote der Kinder- und Jugendhilfe können am ehesten dann auf die individuellen Fördernotwendigkeiten von Kindern und Jugendlichen, die mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen, Ressourcen und Lebensstilen aufwachsen, abgestimmt werden, wenn die Heranwachsenden als Experten in eigener Sache gesehen und sie bzw. ihre Familien und Interessenvertretungen vor Ort in alle sie unmittelbar oder mittelbar betreffenden Planungen und deren Umsetzung einbezogen werden. Dabei ist ins-

²⁰⁵ Vgl. auch Bundesjugendkuratorium 2008.

besondere ihre Kompetenz zur Selbsthilfe wertzuschätzen. Als Leitprinzip hat die „Barrierefreiheit“ in einem umfassenden Sinn zu gelten.

Die besonderen Kompetenzen von Familien mit behinderten Kindern müssen respektiert und ihre Expertise für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder als Ressource erschlossen werden, indem ihnen beispielsweise ein besserer Zugang zu den allgemeinen Beratungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe eröffnet wird bzw. sie darin bestärkt werden, Erziehungs- und Familienberatungsstellen als ein Angebot wahrzunehmen, das auch an sie adressiert ist.

Im Bereich der bereits realisierten Kooperationen (insbesondere bei den Angeboten der frühen Förderung bzw. der Frühförderung) müssen Beratung, Begleitung und Unterstützung von Erzieherinnen durch Frühförderinnen im Integrationsgeschehen der Kindertagesstätte finanziert werden; Entsprechendes gilt für Mehraufwendungen für die Begleitung von Heranwachsenden mit Behinderungen in Bildungseinrichtungen oder auch in Freizeitangeboten.

Für den pädagogischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung in den Erziehungs- und Eingliederungshilfen sind dringend Verbesserungen in der Qualifizierung der Fachkräfte notwendig (vor allem in den Bereichen Traumasensibilität und Traumapädagogik, Umgang mit Bindungsstörungen, systemische Familienarbeit).

23.1.5.4 Kinder von psychisch, sucht- und chronisch erkrankten Eltern oder von Eltern mit Behinderungen sowie Heranwachsende mit behinderten Geschwistern

Die Kinder- und Jugendhilfe muss über ein profundes Wissen um die jeweiligen Kompetenzen und Aufgaben der Erwachsenenpsychiatrie bzw. der Suchthilfe und anderer Bereiche des Gesundheitssystems verfügen. Ebenso müssen diese Disziplinen mit den Kompetenzen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe vertraut sein. Dieser Informationsaustausch und der Erwerb von Kooperationswissen sollten Gegenstand der jeweiligen kommunalen Kooperations- und Netzwerkarbeit werden. So muss in der Behandlung und Beratung von psychisch oder suchtkranken Eltern regelhaft die Frage gestellt werden, ob sie Kinder haben und ob diese ausreichend betreut werden, um ggf. den Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe herstellen zu können. Die Kinder- und Jugendhilfe sollte ihrerseits in Kliniken und Arztpraxen auf ihre Angebote hinweisen und in Kliniken auch zugehende Angebote machen – auch um den Eltern die Angst vor „dem Jugendamt, das die Kinder wegnimmt“, zu nehmen. Denn diese Angst ist neben mangelnder Information der Eltern ein Grund dafür, dass die Kinder- und Jugendhilfe – zum Nachteil der Kinder – zu wenig in Anspruch genommen wird.

Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sollte es zudem in Kindertagesstätten und Schulen die Möglichkeit geben, sich über Angebote der Kinder- und Jugendhilfe

zu informieren, und sie sollten unterstützt werden, sich ggf. auch an die Kinder- und Jugendhilfe zu wenden. Zudem sollten Kindertagesstätten und Schulen altersgerecht für die Kinder und Jugendlichen sowie in der Elternarbeit die Themen „psychische, Sucht- und chronische Erkrankungen und Behinderungen“ aufgreifen, da diese Problemlagen einen hohen und zunehmenden Verbreitungsgrad haben.

Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung bedürfen dann der besonderen Aufmerksamkeit der Kinder- und Jugendhilfe, wenn die Gefahr besteht, dass sie aufgrund der verständlichen vorrangigen Sorge der Eltern für das behinderte Geschwisterkind vernachlässigt oder überfordert werden.

23.1.6 Kindheit bis 12 Jahren: Erziehungspartnerschaften, frühe Förderung und Herausforderungen der Gesundheitsförderung mit dem Schuleintritt

Die für das weitere Leben so bedeutsame Entwicklung einer sicheren Bindung und eines angemessenen Autonomiestrebens als den zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen der ersten Lebensjahre erfordert zwingend eine frühe Förderung aller Kinder. Dazu ist es notwendig, dass die unterschiedlichen Formen der psychosozialen Familienbildung und -förderung und der Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern zusammengeführt und stärker aufeinander bezogen werden. So können universell und breit angelegte Angebote für Eltern geschaffen werden, die es ermöglichen, die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern zu stärken, wobei die Eltern als wichtige Unterstützer der Entwicklung ihrer Kinder und als im Prinzip kompetente Partner der Professionellen anzusprechen sind. Angesichts wachsender Herausforderungen und damit einhergehender Verunsicherungen von Eltern liegen besondere Chancen darin, diejenigen Eltern, die für Unterstützung offen sind, frühzeitig in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zu stärken. Dabei sollte positives Elternverhalten gefördert und möglichen Entwicklungs- und Gesundheitsproblemen ihrer Kinder vorgebeugt werden. Die vielfältigen in Modellprojekten erprobten Angebote der Familienbildung (z. B. *Das Baby verstehen*, *Auf den Anfang kommt es an*, *Wir werden Eltern*, *Opstapje*, *Rucksack*, *HIPPY*, *Elterntalk*) sind möglichst zu einem für alle Familien erreichbaren und zugänglichen Standardangebot zu entwickeln. Modellhaft ist zu erproben, derartige Programme flächendeckend anzubieten. Die aktive Einbeziehung der Eltern und die Nutzung ihrer Selbsthilfepotenziale bzw. des „*helper-principle*“, das in einigen dieser Programme enthalten ist, sind besonders geeignet, auch Familien mit Migrationshintergrund und Prekariatserfahrungen zu erreichen. Das „*Early excellence*“-Konzept oder daran angelehnte Programme wie das der Kindertageszentren liefern sinnvolle Rahmenkonzepte für solche integrativen Gesamtangebote und sollten zu einem verbindlichen Ansatz beim Aufbau von Angeboten der frühen Förderung werden. Der Unterstützungsbedarf von Eltern reicht, da Grenzen zwischen Normalität, Belastung und Entwicklungsgefährdung fließend sind, von Informa-

tionen über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern über gezielte Unterstützung und Anleitung bis hin zur Prävention von Kindeswohlgefährdung.

Auf diesen Wegen lassen sich auch Familien, in denen Kinder durch (drohende) Misshandlung oder Vernachlässigung gefährdet sind, soweit als möglich verlässlich erreichen. Diese letztgenannte und relativ zur Gesamtbevölkerung kleine Gruppe von hoch belasteten Familien kann auf diese Weise frühzeitig, niedrigschwellig und nicht stigmatisierend angesprochen und ggf. für weitergehende und spezifisch angelegte Hilfen gewonnen werden.

Frühe Förderung und präventiver Kinderschutz bedürfen einer fallbezogenen intelligenten Kombination von wirksamen allgemeinen Angeboten, die sich an alle Familien richten (universelle Förderung), und darauf aufbauender Angebote, die spezifisch auf die jeweils besonderen Problemlagen von Eltern zugeschnitten sind (selektive Förderung für Eltern mit psychischer oder Suchterkrankung, jugendliche und alleinerziehende Mütter etc.).

Die frühe Förderung von Säuglingen und Kleinkindern ist ebenso wie der Kinderschutz eine interdisziplinäre und interprofessionelle Aufgabe, die nicht mit den Kompetenzen einer isolierten Disziplin oder nur einer professionellen bzw. institutionellen Zuständigkeit abgedeckt und gelöst werden kann.

Ziel muss es sein, passgenaue Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehenden Angebotsstrukturen zu optimieren und ggf. zu ergänzen. Daher müssen hohe Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen gestellt werden.

Im Bereich der frühen Kindheit ist es insbesondere wichtig, Angebote von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und ggf. Frühförderung systematisch miteinander zu koordinieren und auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen.

Vernetzungsstrukturen sollen ausdrücklich auf bestehenden Regelstrukturen aufbauen und in diese eingebunden werden. In den ersten Lebensmonaten von Säuglingen haben oft nur Professionelle im Gesundheitssystem (das Personal in Geburtskliniken, Hebammen oder Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) Kontakt zu jungen Eltern. Zuständig für weitergehende Hilfen ebenso wie für die Sicherung des Kindeswohls durch den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung ist jedoch die Kinder- und Jugendhilfe. Hier ist eine enge Kooperation mit geregelten und verlässlichen Absprachen und Verfahrenswegen zwingend. Dies betrifft auf der sozialrechtlichen Ebene die Schnittstelle zwischen dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für den Gesundheitsbereich und dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Für Kinder mit Behinderungen betrifft es die Schnittstelle zum Neunten Buch Sozialgesetzbuch

(SGB IX) mit den Regelungen zu Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

In Bezug auf Kinderschutz – der nicht nur für Kleinkinder, sondern für Heranwachsende aller Altersstufen zu gewährleisten ist – sind einzelne punktuelle Maßnahmen wie verpflichtende Früherkennungsuntersuchungen unzureichend. Lokale Netzwerkstrukturen, die etwa über Runde Tische als ein Instrument interdisziplinärer und interprofessioneller Einbindung von Personen und Institutionen organisiert sind, sowie ergänzende kleinere arbeitsfähige Arbeitsgruppen zur Planung und Steuerung scheinen sich zu bewähren. Für einen nachhaltigen und über die frühe Kindheit hinausreichenden Kinderschutz und die dauerhafte Etablierung entsprechender Strukturen ist unbedingt eine administrative und finanzielle Verankerung und Steuerung in der Kommune ebenso wie durch die Länder notwendig. Nur dadurch lassen sich die erforderlichen Netzwerkstrukturen verbindlich auch flächendeckend und nachhaltig etablieren. Erste Beispiele finden sich etwa im Kinderschutzgesetz des Landes Rheinland-Pfalz oder den Förderrichtlinien des Landes Bayern.

Die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für das Alter von 3- bis 6 Jahren beziehen sich auf die Bereiche Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit bzw. soziales Lernen, die sich in dieser Altersstufe entscheidend ausdifferenzieren. Dabei sind die Entwicklungen in den drei Bereichen eng verknüpft. So ist, wie in Kapitel 6 und 22.1.3 schon deutlich wurde, die Förderung von Sprach- oder anderen Kommunikationsfähigkeiten nicht nur unabdingbar für die Entwicklung eines kommunikativen Weltbezugs, sondern auch für die Ausbildung sozialer Achtsamkeit. Die Förderung der Freude an Bewegung und genussvoller, gesunder Ernährung ist nicht nur notwendig für die Entwicklung eines achtsamen und positiven Körperbezugs (vgl. Kap. 23.1.2), sondern auch für die Entwicklung von Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Die Unterstützung aller Kinder dieses Alters beim Erwerb ausreichender Ressourcen in den genannten Bereichen ist deshalb unverzichtbar, weil sie von großer Bedeutung für die gesamte körperliche, kognitive und psychosoziale Entwicklung im weiteren Lebensverlauf sind.

Mädchen und Jungen im Schulalter stehen vor der Aufgabe, sich ihre Welt anzueignen, sie zu gestalten, Beziehungen einzugehen und sich im System der Schule zu bewähren. Wie die Daten zeigen, steigt die gesundheitliche Belastung der Kinder – und besonders der Jungen – nach dem Schuleintritt an. So haben Ernährungsprobleme, Übergewicht, chronische Erkrankungen wie etwa Allergien sowie psychische Probleme bzw. Verhaltensauffälligkeiten wie Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) oder die sogenannten Störungen des Sozialverhaltens einen immer höheren Anteil an schulbezogenen Problemdiagnosen. Hier vollzieht sich eine problematische Entwicklung an der Schnittstelle von alltäglicher und schulischer Lebenswelt, die oft zu schnell medikalisiert wird. Der alleinige Einsatz von pharmazeutischen Mitteln, die zudem nicht immer leitlinienorientiert bzw. ohne begleitende Elternberatung und Therapie

durchgeführt werden, spiegelt auch den hohen Leidensdruck der Beteiligten wider. Dennoch muss die einseitige Betrachtung von Defiziten ergänzt werden um die Wertschätzung der Stärken und Bewältigungsstrategien der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien. Es bedarf gezielter psychologisch-pädagogischer Beratungs- und Trainingsangebote sowie der Anregung von Eltern, sich in Selbsthilfegruppen handlungsorientiert mit den Problemerkahrungen der Kinder und der Familien auseinanderzusetzen.

Dem Anstieg gesundheitlicher Belastungen im Schulalter ist seitens der Kinder- und Jugendhilfe und besonders in ihrer Kooperation mit der Schule vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Vor allem muss die Thematik kontinuierlich in den Ganztagsangeboten aufgegriffen werden, wobei eine verbindliche Einbindung des Gesundheitssystems, speziell des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sinnvoll und aussichtsreich erscheint. Nach den vergleichsweise breit angelegten öffentlich unterstützten Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den Kindertagesstätten bietet sich an dieser Stelle eine gute Anschlussmöglichkeit zur Gesundheitsförderung im Schul- und Jugendalter und damit eine Chance für frühzeitige Prävention von gesundheitlichen Belastungen, die bis ins Erwachsenenalter hineinwirken bzw. sich erst dann zu ernsthaften Beeinträchtigungen entwickeln.

Erforderlich ist also eine Verbesserung der Gesundheitsförderung im Bereich Ganztagsbetreuung einschließlich der Schaffung guter Bedingungen für stabile Kooperationen zwischen Kindertagesstätte, Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem, insbesondere des jugendmedizinischen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

23.1.7 Jugendalter: Unterstützung bei der Entwicklung von Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit

Es bedarf einer stärkeren fachlichen (und politischen) Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters. Die in diesem Bericht genannten alterstypischen Entwicklungsthemen (Körper spüren, Ausloten von Grenzen, Entwicklung einer eigenen Identität) und die beschriebenen Potenziale und Risiken im Jugendalter erfordern es, dass dieser Altersgruppe gerade unter dem Vorzeichen Gesundheit zukünftig eine der frühen Kindheit vergleichbare Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass im Jugendalter psychosoziale Probleme wie Suchtphänomene, Essstörungen und Depressionen zunehmen. Diese Zunahme verweist auf spezielle Risikokonstellationen, die das Aufwachsen unter spätmodernen Bedingungen kennzeichnen. Neben jugendtypischen Formen der Identitätsarbeit, zu denen es auch gehört, die Grenzen der Entwicklung- und Gestaltungsmöglichkeiten in der eigenen Lebenswelt auszutesten, gibt es zeittypische gesellschaftliche Bedingungen, die suchtfördernden Charakter haben,

so z. B. Angebote zu exzessivem Alkoholkonsum und Möglichkeiten exzessiver Mediennutzung.

Die Verunsicherungen in Bezug auf realistische und erreichbare Lebensziele, die scheinbare Grenzenlosigkeit von Konsumangeboten oder die – nicht selten illusorische – Vermehrung von Optionen erschweren die Arbeit an der eigenen Identität und an einer tragfähigen Lebenskohärenz und den damit verbundenen Grenzmarkierungen.

In den Zusammenhang risikoreicher jugendlicher Erfahrungswelten sind auch die steigenden Depressionsraten von Heranwachsenden einzuordnen. Generell wird von einer „Volkskrankheit Depression“ gesprochen, die allerdings gerade bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch über den Bevölkerungsdurchschnitt hinaus erhöhte Zuwachsraten zeigt. In diesem Phänomen spiegelt sich ein gesellschaftliches Anforderungsprofil an Heranwachsende, das ihre Bewältigungsressourcen übersteigt und ihnen das Gefühl vermittelt, gestellten Aufgaben nicht gewachsen zu sein bzw. nicht auf die benötigte soziale Unterstützung zurückgreifen können. Hier ist die Kinder- und Jugendhilfe zu speziellen Angeboten für die Jugendlichen aufgerufen, die ihnen die Chance geben, realistische Lebenspläne und sinnvolle Grenzziehungen in der eigenen Lebensgestaltung zu entwickeln und wirksame Formen der Alltagsbewältigung zu realisieren. Es ist auch notwendig, ein kritisches Bewusstsein der Jugendlichen dafür zu fördern, welche Menschenbilder und Konsumstile ihnen begegnen, welche ideologischen Programmierungen damit verbunden sind und wie man sich diesen entziehen kann.

Zur Unterstützung bei der Bewältigung von Übergängen (z. B. von der Schule in den Beruf) ist eine intensive Kooperation zwischen (Berufs-)Schule, Berufsbildungswerken, Jugendhilfe und Gesundheitswesen vonnöten.

Die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters stehen in engem Zusammenhang mit der abnehmenden Bedeutung der familialen Lebenswelt und der wachsenden Bedeutung außerfamiliärer Lebenswelten (u. a. Peer Group, Medien, Schule), die neue, vor allem soziale Entwicklungsaufgaben stellen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention müssen dies altersgruppenbezogen, geschlechtssensitiv sowie die jeweiligen kulturellen und sozioökonomischen Hintergründe einbeziehend berücksichtigen. Gefördert werden müssen Angebote der Lebensberatung, die dem Prinzip des „*Peer Counseling*“ folgen (z. B. Jugendtelefonberatung, moderierte lebensweltnahe Internetforen), also einen hohen Anteil an Selbsthilfe bzw. -organisation beinhalten.

Da Jugendliche in ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zur Erziehung in der Regel stärker als Gleichaltrige in körperlicher und psychischer Hinsicht gesundheitlich belastet sind und über weniger personale und soziale Ressourcen verfügen, ist es notwendig, ihnen von Anfang an genügend intensive, aber an ihre Lebenswelt anschlussfähige, nicht ausgrenzende und gut mit dem Gesundheitssystem vernetzte Hilfen zu gewähren,

um Abbrüche von Hilfen und „Verschiebebahnhöfe“ zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vermeiden. Von daher sollten die mit der Durchführung der Hilfen betrauten Fachkräfte besser aus- und fortgebildet werden und zudem über die notwendigen Zeitressourcen verfügen, um einerseits mit den Bedürfnissen und Auffälligkeiten dieser jungen Menschen besser umgehen und andererseits die Kooperation mit dem Gesundheitssystem „auf gleicher Augenhöhe“ leisten zu können. Verstärkt werden müssen auch die Anstrengungen, Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund die für sie erforderlichen Hilfen zur Erziehung zugänglich zu machen, wobei besonderes Augenmerk auf die Überwindung von sprachlichen und kulturellen Hürden und auf die Herstellung einer guten Kooperation mit den Eltern gelegt werden muss.

Die Weiterentwicklung der fachlichen Ansätze der Arbeit mit Jugendlichen bedarf einer größeren Aufmerksamkeit und Impulsgebung durch öffentliche Darstellung von „Best practice“-Beispielen, die auch Anlässe für die notwendige positive Identifikation mit den dringenden Aufgaben in dieser Altersstufe bieten.

23.1.8 Junge Erwachsene: Übergänge unterstützen

Gesundheitsrisiken und gesundheitliche Beeinträchtigungen junger Erwachsener stellen einen besonderen Handlungsbedarf dar, der verstärkte Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe erforderlich macht, um materielle, soziale, psychische, intellektuelle und körperliche Ressourcen zu unterstützen und allen jungen Menschen einen Berufseinstieg und eine möglichst selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. In besonderer Weise sind Selbstwirksamkeitserfahrungen von jungen Frauen und Männern mit Armuts-, Migrations- und/oder Behinderungserfahrungen zu fördern.

Junge volljährige schwangere Frauen, die sich in belastenden, unsicheren Lebenssituationen befinden, bedürfen, ggf. zusammen mit ihrem Partner, ergänzend zur medizinischen Schwangerschaftsvorsorge der besonderen Unterstützung. Viele von ihnen übernehmen die Verantwortung, ihr Kind alleine zu versorgen und zu erziehen. Sie gehen damit das höchste Armutsrisiko in unserer Gesellschaft ein, und ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden und auch das ihrer Kinder sind häufig in hohem Maße bedroht. Im Interesse der gesunden Entwicklung und zum Schutz des Kindes stellt sich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem eine komplexe Aufgabe, die sowohl die berufliche und psychosoziale Förderung der Mütter als auch die Entwicklungsförderung der Kinder einschließt. Es bedarf der gesetzlichen Regelung, dass diese notwendige Unterstützung zukünftig vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe in verbindlicher Kooperation mit dem Gesundheitssystem regelhaft erbracht werden kann.

Überdies geht es grundsätzlich darum, junge Erwachsene darin zu unterstützen, die Entwicklungsthemen ihres Lebensalters ohne allzu große Belastungen zu bewältigen: nämlich in guter Weise die nötigen Entscheidungen zu treffen, Intimität zu leben und Verantwortung zu übernehmen.

Da die Familie für ein gesundes Aufwachsen unverzichtbar bleibt, sollte jungen Erwachsenen, insbesondere mit Armuts-, Migrations- und Behinderungserfahrungen, in Kooperation von Gesundheitshilfe mit Familienbildungsstätten verstärkt angeboten werden, sich auf das Zusammenleben mit Partner und Kind(ern) in einer eigenen Familie vorzubereiten.

23.1.9 Fort-, Aus- und Weiterqualifizierung der Fachkräfte

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe erfordern eine reflexive Professionalität. Die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe bedürfen gezielter Aus-, Fort- und Weiterbildung in gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen (z. B. Salutogenese, Empowerment, *New Public Health*, Transfer der medizinischen und entwicklungspsychologischen Forschungsergebnisse in die Praxis) sowie in Kooperationswissen in Bezug auf Gesundheitsdienste, Eingliederungshilfe und Rehabilitation. Fort- und Weiterbildungsbedarf besteht auch für die Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung sowie – besonders dringend – im interprofessionellen Bereich zu früher Förderung. Die Fort- und Weiterbildung sollte in Zusammenarbeit mit den Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. den entsprechenden Einrichtungen auf Landesebene erfolgen. Ein zukunftssträchtiges Modell interdisziplinärer Fort- und Weiterbildung mit dem Vorteil der Breitenwirkung und des systematischen *Up-Dating* sind *E-Learning*-Angebote und die Entwicklung von Kompetenznetzstrukturen. Hier sollten ggf. Schwerpunktstudiengänge mit Bachelor- und Masterabschluss etabliert werden.

23.1.10 Gesundheitsfördernde institutionelle Kulturen in den Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe

Gesundheitsfördernde und präventive Programme müssen eingebettet sein in unterstützende institutionelle Kulturen. Neben der Verankerung von Verfahren und Regelungen in den Einrichtungen und Angeboten gehören dazu auch (analog der Diskussion zur Schulkultur) die entsprechenden institutionellen Ressourcen und Rahmenbedingungen für die Fachkräfte, sowie Qualifikationen und Formen professionellen Handelns. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Leitungshandeln zu. Diese Aspekte scheinen in vielen Projekten, die im hohen Maße auf die Kinder bzw. Jugendlichen bezogen sind, bislang weitgehend außer Acht gelassen worden zu sein.

23.1.11 Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung und die Entwicklung von Standards und Leitlinien

Um die Nachhaltigkeit der eigenen Bemühungen zu sichern, bedarf es eines verbindlichen gesundheitsbezogenen Qualitätsmanagements in der Kinder- und Jugendhilfe, das sich an den disziplinären und professionellen Eckpunkten der sozialen Arbeit wie kontextualisierter Wirksamkeit (Frage nach der Wirksamkeit vor Ort) und

der Einbeziehung sozialer Dimensionen der Nutzerinnen und Nutzer (Lebenslage, Biografie, soziales Geschlecht etc.) orientiert. Versuche, die Wirksamkeit spezifischer Maßnahmen nachzuweisen, ohne damit den Anforderungsnormen der Evidenzbasierung im biomedizinischen Sinne zu folgen, sind im *Public Health*-Kontext unternommen worden. Im Rahmen der Entwicklung eines alternativen Nachweiskonzepts und alternativer Verfahren, mithilfe derer handlungsleitendes Wissen für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention generiert werden kann, wurde u. a. vorgeschlagen, zwischen „nachgewiesenen wirksamen“ und „vielversprechenden“ Interventionen zu unterscheiden. Damit kann auch für Evaluationen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe der Einsicht Rechnung getragen werden, dass die Wirksamkeit von Interventionen der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung prinzipiell nur begrenzt nachweisbar ist. Zudem muss bei solchen Evaluationen konzeptionell berücksichtigt werden, dass die Wirkung von Interventionen lokal sehr unterschiedlich sein kann, der lokale Kontext aber sehr bedeutsam für Gestaltung und Wirkung von Interventionen ist.²⁰⁶

Eine zentrale Herausforderung im Bereich gesundheitsbezogener Evaluation besteht dabei in der Entwicklung *gemeinsamer* Standards der Bewertung von Angeboten und Maßnahmen sowie von Leitlinien in der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe.

23.1.12 Forschungsbedarfe und Evaluation

Über salutogenetisch wirksame Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe ist wenig bekannt. Es bedarf empirischer Studien, um zu zeigen, wie die Praxen der Kinder- und Jugendhilfe Beiträge zur Förderung der Gesundheit und Lebenskohärenz der unterschiedlichen Gruppen von Adressatinnen und Adressaten sowie zur Stärkung von Schutzfaktoren leisten.

Da bislang über das Zusammenwirken von familialen Lebensbedingungen, die von sozialer Ungleichheit geprägt sind, und den sozialen Lebenswelten Jugendlicher (Peer Groups, Medien, Schule) keine empirisch gesicherten Ergebnisse vorliegen, besteht hier ein weiterer vorrangiger Forschungsbedarf. Solche Ergebnisse sind für die Gestaltung einer gesundheitsbezogenen Kinder- und Jugendhilfe von zentraler Bedeutung.

Im Einzelnen sind erforderlich:

- Systematische Evaluationen bestehender Programme: Derzeit ist nicht gesichert, ob und inwiefern die Programme, die etwa im Bereich der Förderung der Gesundheit, der Familienbildung oder auch der Frühen Förderung eingesetzt wurden, die in sie gesetzten Erwartungen einlösen. Erste Ansätze werden gerade im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundes „Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen für Familien“ umgesetzt.

gesetzt. Insgesamt fehlt es jedoch in der Kinder- und Jugendhilfe an einer systematischen Anstrengung und an Strategien zur Evaluation angewandter Programme.

- Ressortübergreifende und nachhaltig angelegte Forschung: Derzeit sind Forschungsaktivitäten in Deutschland punktuell und zu wenig programmatisch und nachhaltig angelegt. Ein wegweisender Anstoß wäre ein gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bzw. dem Robert-Koch-Institut (RKI) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiiertes Forschungsprogramm, das Grundlagen- und Praxisforschung verknüpft.
- Dokumentation und Evaluation der vorhandenen Netzwerke für eine verbesserte Kooperation zwischen Gesundheitswesen, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe und den Aktivitäten der Selbsthilfe: Derzeit gibt es noch keinen evaluierten Überblick über die Topografie und Wirkung der Netzwerke in Deutschland. Die Etablierung und Überprüfung von Netzwerken ist notwendige Voraussetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention.

23.2 Arbeitsfeldübergreifende Herausforderungen

23.2.1 Strategien kommunaler Inklusion

Bei der kommunalen Planung sollen prinzipiell alle Kinder und Jugendlichen in den Blick genommen werden. Dies muss Teil und eine zentrale Aufgabe eines konsequenten „*Disability mainstreaming*“ in den Kommunen sein. Angebote sollten auf die individuellen Fördernotwendigkeiten der Kinder und Jugendlichen, die mit unterschiedlichen Behinderungen und Beeinträchtigungen, aber auch mit verschiedenen Ressourcen und Lebensstilen aufwachsen, abgestimmt sein, wobei ihre Kompetenz zur Selbsthilfe wertzuschätzen ist. Solche Angebote lassen sich dann am ehesten verwirklichen, wenn die Heranwachsenden und ihre Familien als Experten in eigener Sache sowie ihre Interessenvertretungen vor Ort in alle sie betreffenden Planungen einbezogen werden.

Familien mit behinderten Kindern ebenso wie Jugendliche mit Behinderung haben derzeit einen hohen Aufwand zu erbringen, um über Systemgrenzen zwischen Gesundheits-, Eingliederungshilfe, Bildungssystem hinweg in ausreichendem Maße die von ihnen gewünschten und passgenauen Beratungen, Unterstützungen und Teilhabegelegenheiten für ein gesundes Aufwachsen zu realisieren. Deswegen bedarf es einer zentralen und unabhängigen „Plattform“ die Beratung und Navigationshilfe bietet durch das Strukturdickicht verschiedener Leistungsansprüche, Leistungsgesetze und Hilfeangebote und die vor allem auch individuelle Leistungsansprüche steuerbar macht (z. B. über Geldleistungen wie das *Persönliche Budget*). Mittels solcher „Plattformen“ könnte – wie es

²⁰⁶ Vgl. hierzu die Position des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

eigentlich generell vom Gesetzgeber bei den Servicestellen vorgesehen ist – für Kinder und Jugendliche mit (drohender) Behinderung ein individuelles Management (über Verfahren individueller Förderpläne) ermöglicht werden, das ihre Chancengleichheit im weiteren Lebensverlauf fördert. Hier wäre eine Konstruktion wie bei den gemeindepsychiatrischen Verbänden denkbar.

23.2.2 Strategien kommunaler Armutsbekämpfung

Die Lebenslagen von Armut betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen können nur durch abgestimmte kommunale Strategien der Armutsbekämpfung aussichtsreich verbessert werden. In betroffenen Stadtteilen und strukturschwachen ländlichen Regionen bedarf es dazu eines Ausbaus der Infrastruktur an gesundheitsförderlichen Betreuungs-, Bildungs- und Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche sowie an zielgruppenbezogenen Versorgungsangeboten im Gesundheitsbereich.

Die Schule kann gesundheitliche Ungleichheit verstärken oder aber im positiven Sinne einen Beitrag zum Abbau ungleicher Lebenschancen leisten. Für Letzteres ist es unerlässlich, dass Schule, schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen (z. B. der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) auf Augenhöhe verbindlich kooperieren, um ihre jeweiligen Aufgaben und Strategien zusammenzuführen.

Von Armut betroffenen Familien sollte ebenso wie vielen Familien mit Migrationshintergrund ein Orientierungswissen vermittelt werden, das ihnen den Zugang zu den Hilfesystemen, speziell zur Kinder- und Jugendhilfe und zum Gesundheitssystem, erleichtert und durch Transparenz den Abbau von Misstrauen und die Angst vor Kontrolle reduziert.

23.2.3 Gesundheitsberichterstattung/Monitoring

Eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung in Form eines Monitorings muss nachhaltig im Hinblick auf psychosoziale und medizinische Indikatoren durchgeführt werden. Dafür sind die notwendigen Rahmenbedingungen der Finanzierung, der Kontinuität und der multidisziplinären inhaltlichen Qualitätssicherung zu schaffen. Der mit dem Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KIGGS) geschaffene positive Ansatz ist weiterzuführen und weiterzuentwickeln. Die Datenerhebung sollte möglichst an international gültigen Klassifikationssystemen ausgerichtet sein, z. B. „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“/Jugend (ICF/ICF-CY) und differenzierte Auswertungen auf der Bundes-, Regional- und kommunalen Ebene ermöglichen.

Wichtig dabei sind folgende Aspekte:

- Gesundheitsberichterstattung sollte insbesondere die Bereiche Ernährung/Bewegung, Sprach- und Kommunikationskompetenz sowie psychosoziale Entwicklung erheben und verbindliche Indikatoren hierzu schaffen.

- Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund und Behinderung sollten in der Gesundheitsberichterstattung besondere Berücksichtigung finden.
- Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene müssen dialogisch der Politik und Fachpraxis zur Verfügung gestellt werden, damit dort die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden können.
- Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung sollten mit denen anderer Berichte (u. a. Familienbericht, Sozialbericht, Reichtums- und Armutsbericht) verknüpft werden sowie in die regionalen und lokalen Planungen (Bildungsplanung, Stadtplanung, Kinder- und Jugendhilfeplanung etc.) eingehen.
- Erforderlich ist ein bundesweites Register zur Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Bis heute gibt es keine belastbaren Daten über das tatsächliche Ausmaß von Vernachlässigung und Misshandlungen von Heranwachsenden in Deutschland, sodass man nach wie vor auf näherungsweise Schätzungen angewiesen ist.²⁰⁷ Erst auf der Basis eines derartigen Registers könnte man verlässlich Auskunft über die Höhe und die Entwicklung der Zahlen der Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung geben²⁰⁸ sowie über die Statistiken über gefährdete Kinder und Jugendliche, die bei den Jugendämtern geführt werden,

23.2.4 Netzwerkbildung

Um das Ziel verbesserter Angebote und Strategien zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention für Kinder und Jugendliche erreichen zu können, sind Netzwerke für eine verbesserte Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe erforderlich. In diesen vernetzten Strukturen sind zielgenaue Handlungsstrategien bezogen auf den jeweiligen Sozialraum, die speziellen Problemkonstellationen und unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Kompetenzen der beteiligten Systeme zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren. Zu den Aufgaben der Netzwerke gehören Infrastrukturplanung, Gesundheitsberichterstattung, Teilhabeplanung und Projektförderung. Dafür sind auf der institutionellen und fachlichen Ebene die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.

Diese Netzwerke sind von besonderer Bedeutung in den Bereichen

- Frühe Förderung,
- Kindertagesbetreuung,
- Schnittstelle Schule – Kinder und Jugendhilfe,
- Jugendliche in belastenden Lebenslagen,
- Kinder und Jugendliche mit Behinderung.

²⁰⁷ Vgl. KomDat Jugendhilfe, Oktober 2006

²⁰⁸ Vgl. Kolvenbach, F.-J./Pothmann 2008.

Die Koordination dieser Netzwerke sollte das Kinder- und Jugendhilfesystem übernehmen. Es bedarf der institutionellen Sicherung der Kooperationsbeziehungen, vor allem in Bezug auf die Beteiligung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Für diese Einbeziehung und die gesamte Netzwerkarbeit ist eine finanzielle Absicherung unverzichtbar.

In einem Modellverbund sollten für die genannten Punkte Fördergelder zur Verfügung stehen (orientieren könnte man sich dabei an dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, an dessen Finanzierung sich bereits vier Bundesländer beteiligen). Nach fünf Jahren sollten die Erfahrungen dieses Modells ausgewertet, evaluiert und in einer nachhaltig wirksamen Regelung institutionell abgesichert werden.

23.3 Herausforderungen an die Politik auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene

23.3.1 Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel

Es bedarf des entschiedenen politischen Willens, damit die Verminderung sozialer Ungleichheit als gemeinsame Aufgabe der vorrangig verantwortlichen Ressorts (z. B. Bildungs-, Arbeits- und Sozialpolitik, Familien-, Kinder- und Jugendpolitik sowie Finanz- und Wirtschaftspolitik) anerkannt wird. Die Verbesserung der materiellen Lage armer Haushalte mit Kindern und der gesundheitlichen Bedingungen des Aufwachsens, unter besonderer Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage von Alleinerziehenden, Arbeitslosen, von Migrantinnen und Migranten müssen dabei Vorrang haben. Anzustreben ist aber auch die allgemeine Verbesserung der materiellen Ressourcen von Haushalten mit Kindern.

23.3.2 Erhalt eines universellen Zugangs zum Gesundheitssystem und gesunder Lebensbedingungen für alle Eltern und Kinder

Als ein wichtiger Schritt hierfür muss die Verordnung und damit Kostenerstattung von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten über die Altersgrenze von zwölf Jahren hinaus möglich sein. Zudem muss der Ausbau der gesetzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auch im Grundschulalter für gesetzlich Krankenversicherte durchgesetzt werden. Darüber hinaus ist der Erhalt oder Aufbau kostenloser oder kostengünstiger Angebote der gesundheitsrelevanten Infrastruktur in den Gemeinden (Grünflächen, Sportanlagen, Freizeitangebote) zu sichern.

Im Rahmen der Fortführung des Programms *Soziale Stadt* soll der Akzent stärker als bisher auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Wohnverhältnisse gesetzt werden.

Verstärkt werden müssen die Maßnahmen zur Eindämmung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen von Schwangeren, jungen Eltern, Kindern und Jugendlichen. Möglichkeiten eröffnen neben der Preispolitik Werbever-

bote, die Unterstützung sozialen Marketings sowie die Förderung vitaminreicher Nahrungsmittelangebote.

23.3.3 Verbesserung von Voraussetzungen für Netzwerkbildung und von deren Absicherung

Viele, vor allem in den letzten Jahren im Rahmen der Diskussion zu den frühen Hilfen sowie bereits aus anderen Anlässen entstandene Netzwerke und Kooperationen agieren auf sehr fragilen Grundlagen. Zum Teil werden sie über zeitlich befristete Modellprogramme oder Förderungen von Stiftungen finanziert; zum Teil leben sie vom ehrenamtlichen Engagement der unmittelbar vor Ort Beteiligten. Es bedarf der politischen Unterstützung und der finanziellen bzw. institutionellen Absicherung auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, damit diese Netzwerke längerfristig erhalten werden und so nachhaltig wirken können.

Bereits bestehende Kooperationsverbünde (z. B. in Zusammenhang mit „Gesundheitsziele. de“) auf Landes- und regionaler Ebene (z. B. „regionale Knoten“) sollten angeregt werden, die Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinzubeziehen.

23.3.4 Gesetzesfolgenabschätzung und Prüfaufträge

Es gilt zu prüfen, ob und inwiefern die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Förderung von Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Prävention im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter dienlich sind. Geprüft werden muss im Rahmen einer empirischen Gesetzesfolgenabschätzung einerseits, ob und inwiefern die gesetzlichen Vorgaben ausreichend und angemessen umgesetzt werden. Dies gilt vor allem für den § 20 SGB V, für die sogenannten Komplexleistungen entsprechend SGB XI, für die Anwendung des § 35a SGB VIII, aber auch im Hinblick auf das derzeit als Entwurf vorliegende neue Bundeskinderschutzgesetz. Nach dessen Verabschiedung bedarf es der empirischen Überprüfung, ob und inwieweit sich vorgesehene Regelungen (z. B. im Hinblick auf die professionsbedingte Verschwiegenheitspflicht und die Inaugenscheinnahme der betroffenen Kinder) bewähren und welche – ggf. nicht beabsichtigten – Nebenfolgen auftreten.

Andererseits bedarf es vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieses Berichtes und der vorgelegten Expertisen der Überprüfung, an welchen Stellen gesetzliche Vorgaben und Finanzierungsbedingungen die als notwendig erachteten Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe ermöglichen und befördern können.

Es ist darauf zu achten, dass die Anschlussstellen zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe gesichert werden. Dies gilt insbesondere für die weitere Befassung mit dem nach wie vor im Raum stehenden Bundespräventionsgesetz.

Für Eltern mit Behinderungen und gravierenden chronischen Krankheiten sollte – entsprechend den „Empfehlungen der 18. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder auf der Hauptkonferenz vom 23./24.10.2008“ – ein Rechtsanspruch auf „Elternassistenz“ bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages geschaffen werden. Dafür sollte die gesetzliche Zuständigkeit eindeutig geregelt werden, damit der Zuständigkeitskonflikt zwischen den Trägern der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe nicht länger auf dem Rücken der betroffenen Eltern und ihrer Kinder ausgetragen wird.

23.3.5 Verbesserung der Voraussetzungen für die Kooperation von Schule, Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Ganztagsangebote und der Schulsozialarbeit

Diese vornehmlich an die für die Schulpolitik verantwortlichen Länder und die Kommunen adressierte Forderung zielt auf die Verbesserung der Ressourcen und Rahmenbedingungen, um in allen Schulen dauerhaft und ergänzend zum schulischen Unterricht selektive Präventionsmaßnahmen insbesondere für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. mit niedrigem sozioökonomischem Status für die Themenfelder Bewegung und Ernährung, Sprechen/Kommunikation und soziale Kompetenz etablieren zu können.

Zur Erprobung derartiger Angebote im Kontext lokaler Bildungslandschaften und Netzwerke sind beispielgebende Modellprogramme mit entsprechend sorgfältiger Evaluation erforderlich. Darüber hinaus muss das Thema Gesundheit stärker als bisher leitend für die Schulentwicklung werden (im Sinne einer „guten gesunden Schule“ bzw. von Ganztagschulen als Full-Service-Einrichtungen).²⁰⁹

23.3.6 Förderung eines achtsamen Körperbezugs als Bildungsziel

Die eher universellen Bemühungen im Bereich Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention sollten gebündelt und nachhaltig angelegt werden. Als ein erster Schritt sollten in den nächsten vier Jahren die Bildungs- und Erziehungspläne für die Kindertagesbetreuung in den Ländern im Hinblick auf Gesundheitsförderung präzisiert und konkreter operationalisiert und als Handlungsziele der Kinder- und Jugendhilfe etabliert werden. Dabei sollten die in Teil B dieses Berichtes beschriebenen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen priorisierte Förderfelder darstellen.

Durch eigene Maßnahmen im Rahmen ihrer Anregungsfunktion in der Kinder- und Jugendhilfe sollte die Bundesregierung diese Bemühungen unterstützen. Geeignete

Maßnahmen in Rahmen der Zuständigkeiten des Bundes und der Länder wären

- eine stärkere Aufmerksamkeit für die Themen Bewegung und Ernährung, Sprechen/Kommunikation und psychosoziale Entwicklung in den Leitlinien des Kinder- und Jugendplanes des Bundes;
- eigene Modell- und Aktionsprogramme, die Einrichtung entsprechender Fachforen und Arbeitsstellen sowie eine stärkere Akzentuierung dieser Themen in bereits laufenden Programmen in allen Feldern des BMFSFJ (z. B. *„Mehrgenerationenhäuser, Bundesinitiative Verantwortung Erziehung, Lokale Bündnisse für Familie* u. a.) und der anderen Ressorts.

23.3.7 Sicherstellung der strukturellen Arbeitsbedingungen für gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe

Die Erwartungen an die Kinder- und Jugendhilfe, sich verstärkt an Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention zu beteiligen, sich auf neue Formen der Netzwerkarbeit einzulassen und auch entsprechende Qualifizierungsangebote zu nutzen, müssen mit der Forderung verbunden werden, dass ihre beruflichen Aufgabenprofile entsprechend verändert werden und für neue Aufgaben auch die notwendigen Personalaufstockungen erfolgen. Die Voraussetzung dafür, dass Berufsgruppen aus der Kinder- und Jugendhilfe qualifizierte Angebote der Gesundheitsförderung konzipieren und realisieren können, ist, dass ihre eigenen Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich sind.

23.4 Gesundheitsziele und überprüfbare Fortschritte

Angesichts der Fülle von zu bewältigenden Aufgaben, die in den formulierten Empfehlungen benannt wurden, um ein verbessertes Angebot an Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention durch die Kinder- und Jugendhilfe zu ermöglichen, ist es der Berichtskommission wichtig, fünf Ziele zu benennen, die eine besondere Dringlichkeit aufweisen und deren Umsetzung überprüft werden soll.

Die Kommission ist sich bewusst, dass die Kinder- und Jugendhilfe ebenso wenig wie ein Ministerium diese Probleme allein lösen kann. Interministerielle Absprachen und abgestimmte Vorgehensweisen sind ebenso notwendig wie konkrete Pläne in der interprofessionellen Umsetzung, bei denen die Kinder- und Jugendhilfe ihren Beitrag leisten kann und soll.

Voraussetzung für die Erreichung der im Folgenden genannten Ziele ist die Netzworkebildung insbesondere auf der kommunalen, aber auch auf Landesebene zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem und den Eingliederungshilfen mit einer klaren Inklusions-

²⁰⁹ Vgl. hierzu z. B. das Projekt „*Arzt in der Schule*“ des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und das Handbuch „*Arzt und Schule*“

perspektive. Dabei müssen die jeweiligen Zielsetzungen definiert und überprüft werden.

Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern, fordert die Kommission, innerhalb der kommenden fünf Jahre folgende Maßnahmen vorrangig zu ergreifen:

1. Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern

Eine breit angelegte und umfassende kommunale Infrastruktur zur frühen Förderung von Kindern und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter soll flächendeckend auf- und ausgebaut werden.

- Ziel: Systematische und frühe Förderung der Entwicklung von Kindern und Reduktion der Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung in den nächsten fünf Jahren (Überprüfung der Reduktion der Fälle auf der Basis des einzurichtenden bundesweiten Monitorings Kindeswohlgefährdung (vgl. Kap. 21.5.2.3).

2. Ernährung und Bewegung

Kontinuierliche, fachlich qualifizierte Angebote der Bewegungsförderung und kostenfreie, gesunde Verpflegung für alle Heranwachsenden in Kindertagesbetreuung und Schule, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt (vor allem im Rahmen des Arbeitslosengeldes II nach SGB II).

- Ziel: In fünf Jahren nimmt Übergewicht bei Heranwachsenden nicht weiter zu (gemessen z. B. auf Grundlage einer KiGGS- Nachfolgeerhebung).

3. Sprache/Kommunikation

Verbesserung der frühen Sprachförderung, mit dem Ziel der Steigerung der Sprachkompetenzen, insbesondere von

Kindern aus belastenden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund.

- Ziel: 95 Prozent aller Kinder sollen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen verfügen. Überprüfung des erreichten Standes bei der Schuleingangsuntersuchung mit Rückkoppelung an die jeweiligen Orte der Förderung zur Optimierung ihrer Konzepte.

4. Schulbezogene Gesundheitsförderung

Flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote und Netzwerke der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Heranwachsenden im Schulalter im Rahmen von Maßnahmen und Angeboten schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe.

- Ziel: Beginnend mit dem Primärbereich und insbesondere in der schulischen Ganztagsbetreuung muss die schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung ausgebaut und in fünf Jahren in mindestens 25 Prozent aller Schulen und Schultypen aufgebaut werden.

5. Psychosoziale Entwicklung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter

Jugendliche und junge Erwachsene müssen in einer immer komplexen werdenden Gesellschaft in ihrer psychosozialen Entwicklung umfassender unterstützt werden.

- Ziel: Die psychosozialen Auffälligkeiten von Jugendlichen sollen in fünf Jahren um 10 Prozent vermindert und bei der nächsten umfassenden Untersuchung überprüft werden (gemessen z. B. auf der Basis einer KiGGS-Fortschreibung in Bezug auf die Auftretenshäufigkeiten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten).

24 Literaturverzeichnis

- Abbate, L. (2007): A report on early intervention. Longmeadow, MA: Willie Ross School for the Deaf
- Ahnert, L./Gunnar, M./Lamb, M./Barthel, M. (2004): Transition to child care: Associations with infant-mother attachment, infant negative emotion, and cortisol elevations. In: *Child Development*, 75, S. 639–650
- Ainsworth, M. D. S./Blehar, M. C./Waters, E./Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N. J., Erlbaum
- van Aken, M. A. G./Asendorp, J. B./Wilpers, S. (1996): Das soziale Unterstützungsnetzwerk von Kindern: Strukturelle Merkmale, Grad der Unterstützung, Konflikt und Beziehungen zum Selbstwertgefühl. In: *Psychol. Erz. Unterr.*, 43, S. 114–126
- Aktas, N./Vergili, E. (2007): Wie geht es bei dir? Eindrücke aus der sexualpädagogischen Arbeit mit Jugendlichen aus dem islamischen Kulturkreis in Berlin. In: *Pro Jugend*, 3, S. 14–18
- Albrecht, G. L./Seelman, K. D./Bury, M. (Eds.) (2003): *Handbook of disability studies*. London, Sage
- Alt, C. (Hrsg.) (2008): *Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten. Persönlichkeitsstrukturen und ihre Folgen*. Bd. 5, Wiesbaden
- Alt, C. (2008a): *Kinder in Deutschland*. <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=538&Jump1=LINKS&Jump2=275>; 28.01.2009
- Altgeld, T. (2004): Gesundheitsfördernde Settings in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Berlin
- Altgeld, T. (2008): Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche spielt im Gesundheitswesen noch keine Rolle. In: *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung*, 53, 4, S. 99–102
- Amorosa, H. (2008²): Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache. In: Herpertz-Dahlmann, B./Resch, F./Schulte-Markwort/Warneke, A. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart, S. 570–589
- Amyra e. V. (2008): Mein Körper gehört mir. http://www.lvkm.de/fileadmin/user_upload/lvkm/InfoBayern_Feb08_WEB.pdf, 23.07.2008
- Andres, B./Laewen, H.-J. (1992): *Ich verstehe besser, was ich tue ... Erfahrungen mit dem Eingewöhnungsmodell*. Berlin
- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco, Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky, A. (1988): *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco, Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./Broda, M. (Hrsg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen, S. 3–14
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen
- Apeltauer, E. (2004): Beobachten oder Testen? Möglichkeiten zur Erfassung des Sprachentwicklungsstandes von Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. Flensburger Papiere zur Mehrsprachigkeit und Kulturreichhaltigkeit im Unterricht. Flensburg
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2008): *Kooperation von Jugendhilfe und Ganztagschule: Eine empirische Bestandsaufnahme im Prozess des Ausbaus der Ganztagschulen in Deutschland*. Berlin
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2008a): *Anforderungen an Personalentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen – Positionspapier*
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (2008): *Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen*. http://www.agj.de/pdf/5/Handlungsempfehlungen_Gesundheit.pdf, 13.10.2008
- Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (2007): *Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern*. München, zu bestellen über www.dji.de/jugendkriminalitaet
- Arnoldt, B./Quellenberg, H./Züchner, I. (2007): Ganztagschulen verändern die Bildungslandschaft. In: *DJI Bulletin*, 78, S. 9–14
- von Aster, M. (2008²): Umschriebene Rechenstörung. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart, S. 590–599
- von Aster, M./Schweitzer, M./Weinhold-Zulauf, M. (2007): *Rechenstörungen bei Kindern: Vorläufer, Prävalenz und psychische Symptome*. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 39, S. 85–96
- Baacke, D. (1997): *Medienpädagogik*. Tübingen
- Baacke, D. (2001²): *Die 6- bis 12-Jährigen: Einführung in die Probleme des Kindesalters*. Weinheim
- Bäcker, G./Naeyele, G./Bispinck, R./Hofemann, K./Neubauer, J. (Hrsg.) (2008): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Bd. 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste*. Wiesbaden
- Bajanowski, T./Poets, C. (2004): Der plötzliche Säuglingstod. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 101, S. A3185–A3190

- Bals, T./Hanses, A./Melzer, W. (Hrsg.) (2008): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim/München
- Baltes, M./Silverberg, S. (1994): The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span: In: Eatherman, D. L. F./Lerner, R. M./Perlmutter, M. (Eds.): Life span development and behavior, Vol. 12, Hillsdale N. J., Erlbaum, S. 41–90
- Bandura, A. (1982): Self-efficacy mechanisms in human agency. In: American Psychologist, 37, S. 122–147
- Bandura, A. (1997): Self Efficacy: The Exercise of Control. New York, Palgrave
- Bange, D./Deegener, G. (1996): Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Weinheim
- Bangkok-Charta (2005): http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf, 07.01.2009
- Barkmann, C./Romer, G./Watson, M./Schulte-Markwort, M. (2007): Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: Epidemiological findings from a national survey in Germany, In: Psychosomatics, 48, S. 476–481
- Bauch, J. (2007): Vorwort. In: Hafen, M. (Hrsg.): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg, S. 3–7
- Bauer, U./Bittlingmayer, U. H. (2006): Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München, S. 781–818
- Baum, D./Nikles, B. W./Müller, G. F. (2001): Vom ordnungsrechtlichen zum erzieherischen Jugendschutz. Landau
- Bauman, Z. (2000): Liquid modernity. Cambridge: Polity Press
- Bauman, Z. (2005): Verworfenes Leben. Die Ausgrenzten der Moderne. Hamburg
- Bauman, Z. (2007): Leben in der flüchtigen Moderne. Frankfurt/M.
- Bauman, Z. (2008): Flüchtige Zeiten. Leben in der Ungewissenheit. Hamburg
- Baumeister, S./Kraus, L./Stonner, T./Metz, K. (2008): Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. S26–S35
- Baur, J./Braun, S. (2000): Über das Pädagogische einer Jugendarbeit im Sport. In: Deutsche Jugend, 9, S. 378–386
- Beck, I. (2002): Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ihrer Familien in Deutschland: Soziale und strukturelle Dimensionen. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen, Bd. 4. München, S. 175–315
- Beck, U. (Hrsg.) (1997): Kinder der Freiheit. Frankfurt/M.
- Beck, U./Bonß, W./Lau, C. (2004): Entgrenzung erzwingt Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? In: Beck, U./Lau, C., (Hrsg.): Entgrenzung und Entscheidung Frankfurt/M., S. 13–62
- Becker, D. (2006): Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Freiburg
- Becker, D./Weyermann, D. (2006): Gender, Konflikttransformation und der psychosoziale Ansatz. Arbeitshilfe. Bern, Huber
- Becker, K./Müssig-Zufika, M./Conrad, A./Lüdecke, A./Schulz, C./Seiwert, M./Kolossa-Gehring, M. (2007): Kinder-Umwelt-Survey 2003/06 – KUS. Human-Biomonitoring. Stoffgehalte in Blut und Urin der Kinder in Deutschland. WaBoLu-Hefte 1
- Beeghly, M./Cicchetti, D. (1996): Child maltreatment, attachment, and the self-system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. In: Hertzog, M. E./Farber, E. A. (eds.): Annual progress in child psychiatry and child development. Philadelphia, S. 127–166
- Beelmann, A./Raabe, T. (2007): Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Erscheinungsformen, Entwicklung, Prävention und Intervention. Göttingen
- Beelmann, A./Stemmler, M./Lösel, F./Jaurisch, S. (2007): Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. In: Kindheit und Entwicklung, 16, S. 229–239
- Behle, H. (2005): Moderators and mediators on the mental health of young participants in active labour market programmes: Evidence from East and West Germany. In: International Review of Psychiatry, 17, S. 337–345
- Behle, H. (2006): Veränderungen der seelischen Gesundheit durch Teilnahme an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen: Evaluationsergebnisse zum Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit (JUMP). In: Holleder, A./Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Huber, S. 113–122
- Behrens, U./Höhler, L. (2007): Mobile Risiken: Jugendschutzrelevante Aspekte von Handys und Spielekonsolen. In: Medien + Erziehung, 51, S. 20–26
- Behringer, L. (1998): Lebensführung als Identitätsarbeit der Menschen im Chaos des modernen Alltags. Frankfurt/M.
- Bender, D./Lösel, F. (2005): Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: Deegener, G./Körner, W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Göttingen, S. 317–346
- Benecke, A./Vogel, H. (2005): Übergewicht und Adipositas: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 16). Berlin
- Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin

- Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Bd. 6. Köln
- Berger, P. L./Neuhaus, R. J. (1977): To empower people. The role of mediating structures in Public Policy. Washington, D. C., American Enterprise Institute for Public Policy Research
- Bergmann, K. E./Bergmann, R. L./Ellert, U./Dudenhausen, J. W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 670–676
- Berk, L. (2005³): Entwicklungspsychologie. München.
- Berth, H./Förster, P./Brähler, E. (2003): Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. In: Das Gesundheitswesen, 65, S. 555–560
- Berth, H./Förster, P./Stöbel-Richter, Y./Balck, F./Brähler, E. (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung: Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15, S. 111–116
- Bertram, H. et al. (2008): Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. München
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2007): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. <http://www.bdp-verband.org/bdp/politik/2007/Kinder-Jugendgesundheit-BDP-Bericht-2007.pdf>, 28.01.2009
- Bettge, S. (2004): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/bettge_susanne.pdf, 30.12.2008
- Beyer, A./Lohaus, A. (2007): Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In: Seiffge-Krenke, I./Lohaus, A. (Hrsg.): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, S. 11–27
- Bialas, W. (1997): Kommunitarismus und neue Kommunikationsweise. Versuch einer Kontextualisierung neuerer philosophischer Diskussionen um das Identitätsproblem. In: Keupp, H./Höfer, R. (Hrsg.): Identitätsarbeit heute. Frankfurt/M., S. 40–65
- Bien, W./Riedel, B./Rauschenbach, T. (2006): Wer betreut Deutschlands Kinder? Die DJI-Kinderbetreuungsstudie. Berlin
- Biermann, A. (2008): Schwermehrfachbehinderung. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 4. Göttingen, S. 56–69
- Bilz, L. (2008): Schule und psychische Gesundheit: Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. Wiesbaden
- Bissinger, S./Böllert, K./Liebig, R./Lüders, C./Marquard, P./Rauschenbach, T. (2002): Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe. Strukturanalysen zu fachlichen Eckwerten, Organisation, Finanzen und Personal. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Bestandsaufnahme (Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1). München, S. 9–104
- Bittlingmayer, U. H. (2008): Blaming, Producing und Activating the Victim. Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden, S. 239–258
- Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (2006): Depressive Episoden. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, S. 357–363
- Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (2006): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart
- Blanz, B./Schneider, S. (2008²): Angststörungen. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 744–770
- Block, K./Matthiesen, S. (2007): Teenagerschwangerschaften in Deutschland: Studienergebnisse zu Risikofaktoren und Verhütungsfehlern bei Schwangerschaften minderjähriger Frauen. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2, S. 12–17
- Blomeyer, D./Laucht, M./Hohm, E./Dyer, A./Schmidt, M. (2007): Exzessiver Alkoholkonsum bei 15-Jährigen mit externalen Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55, S. 145–154
- Blos, P. (1973): Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. Stuttgart
- Blossfeld, H.-P./Hofäcker, D./Hofmeister, H./Kurz, K. (2008): Globalisierung, Flexibilisierung und der Wandel von Lebensläufen in modernen Gesellschaften. In: Szydlik, M. (Hrsg.): Flexibilisierung. Folgen für Arbeit und Familie. Wiesbaden, S. 23–46
- Bock, K. (2008): Junge Erwachsene in Ost und West. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene. Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 70–81
- Bödeker, W. (2008): Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung. In: Die BKK, 3, S. 152–158
- Bodenmüller, M. (2002): Wenn Jugendliche auf der Straße erwachsen werden. In: SozialExtra, 26, S. 27–31

- Böhnisch, L. (2008): Lebensbewältigung im Erwachsenenalter. In: Schröer, W./Stiehler, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Lebensalter: Erwachsene. Bd. 5. Baltmannsweiler, S. 10–20
- Böhnisch, L./Arnold, H./Schröer, W. (1999): Sozialpolitik. Eine sozialwissenschaftliche Einführung. Weinheim/München
- Böhnisch, L./Gängler, H./Rauschenbach, T. (Hrsg.) (1991): Handbuch Jugendverbände. Zur Ortsbestimmung der Jugendverbandsarbeit in Analysen und Selbstdarstellungen. Weinheim/München
- Böhnke, P. (2005): Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Opladen
- Bohus, M./Schmahl, C. (2006): Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Deutsches Ärzteblatt, 103, S. A3345–A3352
- Bohus, M./Schmahl, C. (2007): Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Der Nervenarzt, 78, S. 1069–1081
- Bonß, W./Esser, F./Hohl, J./Pelizäus-Hoffmeister, H./Zinn, J. (2004): Biographische Sicherheit. In: Beck, U./Lau, C. (Hrsg.): Entgrenzung und Entscheidung. Frankfurt/M., S. 211–233
- Bös, K. (2003): Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: Schmidt, W./Hartmann-Tews, I./Brettschneider, W.D. (Hrsg.): Erster Kinder- und Jugend-sportbericht. Schorndorf, S. 85–109
- Bös, K./Brehm, W./Oppper, E./Saam, J. (1999): Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein – Eine Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbunds (DSB). In: Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft (Hrsg.), 14, S. 34–38.
- Bös, K./Worth, A./Oppper, E./Oberger, J./Romahn, N./Wagner, M./Woll, A. (2007): Motorik-Modul (MoMo): Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/M.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten (Sonderband 2 der Sozialen Welt). Göttingen, S. 183–198
- Bourdieu, P. (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt/M.
- Bovier, P./Chamot, E./Perneger, T. (2004): Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. In: Quality of Life Research, 13, S. 161–170
- Brakemeier, E.-L./Normann, C./Berger, M. (2008): Ätiopathogenese der unipolaren Depression: Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 379–391
- Brand, H./Schmacke, N./Brand, A. (2003): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F. W. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München
- Braun, F./Lex, T. (2006): Die Rolle der Jugendsozialarbeit im Übergangssystem Schule – Beruf. In: Friedrich-Ebert-Stiftung – Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum (Hrsg.): Übergänge zwischen Schule und Beruf und darauf bezogene Hilfesysteme in Deutschland. Bonn, S. 59–65
- van Brederode, M. (2006): Weiterentwicklung der Hilfen für suchtkranke Minderjährige. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Suchterkrankungen im Jugendalter: Dokumentation der Kooperationsveranstaltung am 9. März 2005 in den Rheinischen Kliniken Essen – Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen. Köln, S. 6–17
- Brettschneider, W.-D. (2001): Jugendarbeit in Sportvereinen: Anspruch und Wirklichkeit. Paderborn
- Brisch, K. H. (2007): Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“. Psychologie in Österreich 1, S.62–68
- Brisch, K. H./Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart
- Bröckling, U. (2007): Fallstricke der Bemächtigung. Zwischen Gegenmacht und Sozialtechnologie. In: Zukünfte. Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken, 18 (57), S. 16–20
- Bröckling, U. (2007a): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M.
- Bröckling, U. (2008a): Empowerment: Fallstricke der Bemächtigung. Zwischen Gegenmacht und Sozialtechnologie. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 31 (1), S. 2–6
- Bronfenbrenner, U. (1986): Recent Advances in Research on the Ecology of Human Development. In: Silbereisen, R.-K./Eyferth K./Rudinger, G. (eds.): Development as Action in Context – Problem Behaviour and Normal Youth Development. Berlin. S. 287–310
- Bruch, H. (1991): Eßstörungen. Frankfurt/M.
- Bründel, H. (2004): Jugendsuizidalität und Salutogenese. Stuttgart
- Bruner, C. F. (2005): KörperSpuren: Zur Dekonstruktion von Körper und Behinderung in biografischen Erzählungen von Frauen. Bielefeld
- Brunner, R./Parzer, P./Haffner, J./Steen, R./Roos, J./Klett, M./Resch, F. (2007): Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. In: Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 161, S. 641–649

Brunner, R./Parzer, P./Resch, F. (2001): Dissoziative Symptome und traumatische Ereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie, 5, S. 4–12

Brunner, R./Resch, F. (2008²): Dissoziative und somatoforme Störungen. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 940–968

Brunstein, J./Maier, G. (2002): Das Streben nach persönlichen Zielen: Emotionales Wohlbefinden und proaktive Entwicklung über die Lebensspanne. In: Jüttemann, G./Thomae, H. (Hrsg.): Persönlichkeit und Entwicklung. Weinheim, S. 157–190

Bude, H. (2008): Die Ausgeschlossenen. Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft. München

Bude, H./Lantermann, E.-D. (2006): Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2 (58), S. 232–252

Bude, H./Willisch, A. (Hrsg.) (2007): Exklusion: Die Debatte über die „Überflüssigen“. Frankfurt/M.

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2008): Bestand an Arbeitslosen nach Bundesländern und ausgewählten Altersgruppen – Zeitreihe. Berechnungen für den 13. KJB

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (2007): Pränataldiagnostik: Informationen über Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen. Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): Gemeinsames Rahmenkonzept der gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer und medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. www.bar-frankfurt.de, 25.09.2008

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie/Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie/Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007³): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln

Bundesärztekammer (BÄK) (2008): Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen am 31.12.2007. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat07Tabelle3.pdf>, 08.08.2008

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2008): Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln. Persönliche Kommunikation

Bundesjugendkuratorium (BJK) (2001): Zukunftsfähigkeit sichern! – Für ein neues Verhältnis von Bildung und Jugendhilfe. Eine Streitschrift des Bundesjugendkuratoriums. http://www.bundesjugendkuratorium.de/pdf/1999-2002/bjk_2001_stellungnahme_zukunftsfahigkeit_sichern.pdf, 15.08.2008

Bundesjugendkuratorium (BJK) (2005): Die Zukunft der Städte ist multiethnisch und interkulturell. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums zu Migration, Integration und Jugendhilfe. <http://www.bundesjugendkuratorium.de>, 01.08.2008

Bundesjugendkuratorium (BJK) (2008): Pluralität ist Normalität für Kinder und Jugendliche. Vernachlässigte Aspekte und problematische Verkürzungen im Integrationsdiskurs. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums <http://www.bundesjugendkuratorium.de>, 01.08.2008

Bundesjugendkuratorium(BJK)/Sachverständigenkommission für den elften Kinder- und Jugendbericht/Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2002): Bildung ist mehr als Schule. Leipziger Thesen zur aktuellen bildungspolitischen Debatte. http://www.bundesjugendkuratorium.de/pdf/1999-2002/bjk_2002_bildung_ist_mehr_als_schule_2002.pdf, 06.01.2009

Bundesministerium des Innern (BMI) (2006): 11. Sportbericht der Bundesregierung. Berlin

Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz (BMI/BMJ) (2006): Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2005): Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland, http://www.bmas.de/coremedia/generator/3138/property=pdf/einrichtungen_und_stellen_der_391.pdf, 02.01.2008

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2008): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006: 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. www.bmbf.de/pub/wsldsl_2006.pdf, 21.07.2008

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (1999): Jugendliche ohne Berufsausbildung. Eine BiBB/EMNID-Untersuchung. Bonn

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV)/Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. bmelv.de/cln_044/nn_749110/DE/03-Ernaehrung/01-Aufklaerung/AktionsplanErnaehrung_InForm/D-InFormBringen.html_nnn=true, 09.01.2009

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Nationaler Aktionsplan: Für ein kindgerechtes Deutschland 2005–2010. Berlin, www.bmfsfj.de/Politikbereiche/kinder-und-jugend,did=31372.html, 09.01.2009

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. http://www.bmg.bund.de/cln_043/nn_1168278/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossarbegriff-Gesundheitsziele.html; 15.07.2008
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008a): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin. http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheits,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheits.pdf, 18.08.2008
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2005): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008 (Kurzbericht). <http://www.bzga.de/?uid=4990f32045fb9e8cb3d8ff5e1c36b342&id=Seite1417>; 18.11.2008
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006): Jugendsexualität 2006: Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Köln. <http://www.bzga.de/?uid=23dfd88eac948f896911dd0919f07cf4&id=medien&sid=-1&idx=817>, 29.05.2008
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2007a): Aufklärung und Sexualverhalten junger Migrantinnen und Migranten: Untersuchung von 14- bis 17-Jährigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Köln. http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendsexualitaet_Migranten.pdf, 29.05.2008
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2007d): Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der BZgA (Kurzbericht). Köln. http://www.bmg.bund.de/nn_604826/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Cannabis/kurzbericht-cannabis,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/kurzbericht-cannabis.pdf, 29.05.2008
- Burkitt, I. (1999): Bodies of thought. Embodiment, identity and modernity. London, Sage
- Butler, J. (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt/M.
- Butler, J. (1997): Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Körpers. Frankfurt/M.
- Cahill, L. T./Kaminer, R. K./Johnson, P. G. (1999): Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse. In: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 8, S. 827–843
- Callies, O. (2004): Konturen sozialer Exklusion. In: Mitteilweg 36. Hamburg, 4, S. 16–35
- Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry, New York, Basic Books
- Carlson, V./Cicchetti, D./Barnett, D./Braunwald, K. (1989): Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. In: Developmental Psychology, 25, S. 525–531
- Castells, M. (1991): Informatisierte Stadt und soziale Bewegungen. In: Wentz, M. (Hrsg.): Die Zukunft des Städtischen. Frankfurt am Main, S. 137–147
- Cefai, C. (2007): Resilience for all: A study of classrooms as protective contexts. In: Emotional and Behavioural Difficulties, 12, S. 119–134
- Chisholm, K. (1998): A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. In: Child Development, 69, S. 1092–1106
- Chisholm, L./Hurrelmann, K. (1995): Adolescence in modern Europe: Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risks. In: Journal of Adolescence, 18, S. 129–158
- Christenson, S./Sheridan, S. (2001): Schools and families: Creating essential connections for learning. New York: Guilford
- Cibis, A./Bramesfeld, A./Blume, A./Havers, I./Hegerl, U. (2008): Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter: Das Deutsche Bündnis gegen Depression. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 430–435
- Cicchetti, D./Hinshaw, S. P. (2002): Prevention and intervention science: Contributions to developmental theory. In: Development and Psychopathology, 14, S. 667–671
- Cicchetti, D./Rappaport, J./Sandler, I./Weissberg, R. P. (Eds.) (2000): The promotion of wellness in children and adolescents. Washington, D. C.: CWLA Press
- Cicchetti, D./Toth, S. (1995): Developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, S. 541–565
- Cierpka, M./Reich, G./Massing, A. (2007): Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie. Stuttgart
- Cockerham, W. C. (2007): Social causes of health and disease. Cambridge: Polity
- Coleman, J. S. (1996): Der Verlust sozialen Kapitals und seine Auswirkungen auf die Schule. In: Leschinsky, A. (Hrsg.): Die Institutionalisierung von Lehren und Lernen (34. Beiheft der Zeitschrift für Pädagogik). Weinheim, S. 99–106
- Conradi, E. (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/M./New York, Campus
- Côté, J. E. (1997): An empirical test of the identity capital model. In: Journal of Adolescence, 20, S. 577–597
- Côté, J. E./Levine, C. (2002): Identity Formation, Agency and Culture. A Socialpsychological Synthesis. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum

- Criss, M./Pettit, G./Bates, J./Dodge, K./Lapp, A. (2002): Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. In: Child Development, 73, S. 1220–1237
- Crossley, N. (2006): Reflexive embodiment in contemporary society. Maidenhead, Open University Press
- Dauber, H. (2007): Achtsamkeit in der Pädagogik – zur Dialektik von Selbstverwirklichung und Selbsthingabe. <https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2007042017768/1/DauberAchtsamkeitPaedagogik.pdf>, 13.10.2008
- Dederich, M. (2007): Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld
- Deneke, C. (2005): Gesundheitsarbeit in der Jugendhilfe. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hoheneggen, S. 114–127
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (Hrsg.) (2007): Drogensituation in Deutschland 2006/2007: Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen. Bericht 2007 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. http://www.dbdd.de/Download/REITOX_D2007_D.pdf; 25.07.2008
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2000): Ernährungsbericht 2000. Frankfurt/M.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (2008): Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. www.dgspj.de/publichealth.php, 21.10.2008
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2000): Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2001. Geesthacht
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2000): Soziotherapie chronisch Abhängiger: Ein Gesamtkonzept. Geesthacht. http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/positionspapier.2001.pdf, 23.09.2008
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008): Basisinformationen Medikamente. http://www.dhs.de/web/daten/DHS_Basisinfo_Medikamente_10_05.pdf; 29.07.2008
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008a): Glücksspiel. <http://www.dhs.de/web/suchtstoffe/gluecksspiel.php>; 25.09.2008
- Deutsche Pfadfinderschaft St. Georg (DPSG) (2008): Programmheft der DPSG-Jahresaktion 2009 „Leben ist mehr – Abenteuer Begegnung“. Neuss
- Deutscher Bundestag (1980): Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe – Fünfter Jugendbericht. Drucksache 8/3685 20.02.1980. Bonn. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/08/036/0803685.pdf>, 10.10.2008
- Deutscher Bundestag (1990): Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe – Achter Jugendbericht. Deutscher Bundestag, Drucksache 11/6576 vom 06.03.90. Bonn. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/11/065/1106576.pdf>, 10.10.2008
- Deutscher Bundestag (2002): Bericht über die Lebenslagen junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Elfter Kinder- und Jugendbericht. BT 14/8181 vom 04.02.2002. Berlin. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/081/1408181.pdf>, 10.10.2008
- Deutscher Bundestag (2005a): Zweite Beschlussempfehlung und zweiter Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (12. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 15/3676, 15/3986, 15/4045 – Entwurf eines Gesetzes zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung und zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Tagesbetreuungsausbaugesetz – TAG); Deutscher Bundestag Drucksache 15/5616 vom 01.05.2005. Berlin: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/056/1505616.pdf>, 10.10.2008
- Deutscher Bundestag (2005b): Bildung, Betreuung und Erziehung vor und neben der Schule. Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. BT 15/6014 vom 10.10.2005. Berlin, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/060/1506014.pdf>, 10.10.2008
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (1995): „Gesundheitspolitische Konzeption des Deutschen Sportbundes“. Politische Verankerung der Gesundheitsförderung in den Sportorganisationen; Interessenvertretung des Sports im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Frankfurt/M.
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2006): Qualitätsmanagement-Handbuch Sport. Pro Gesundheit. Frankfurt/M.
- Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI): Datenbank prokita, www.dji.de/prokita
- Deutsches Jugendinstitut e. V./Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2008): Zahlenspiegel – Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=107256.html
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2008): Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland: Leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Rauchende_Kinder_und_Jugendliche_Band_8.pdf, 28.01.2009
- Diakonischer Bundesverband (2008): Stellungnahme zum Fachgespräch im Rahmen der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts: Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung. Unveröffentlichtes Manuskript
- Diedrichsen, I. (1990). Ernährungspsychologie. Berlin
- Dill, H./Höfer, R./Keupp, H. (1999): Jugendgesundheit zwischen den Kulturen: Eine Befragung an Münchner Berufsschulen. <http://www.ipp-muenchen.de/texte/jugendgesundheit.pdf>, 02.07.2008
- Diller, A. (2006): Eltern-Kind-Zentren. Grundlagen und Rechercheergebnisse. München

- Diller, A. (2007): Kinder- und Familienzentren in Deutschland. Fachpolitischer Kontext und Entwicklungslinien. Referat im IFP München. <http://www.ifp.bayern.de>, 11.11.2008
- Diller, A./Heitkötter, M./Rauschenbach, T. (Hrsg.) (2008): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. München
- Dittrich, G. (2008): Entwicklung pädagogischer Qualität in integrativen Kindertagesstätten. In: Kreuzer, M./Ytterhus, B. (Hrsg.): Dabei sein ist nicht alles. Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten. München/Basel
- Dittrich, G./Bopp, C. (2008): Befragung von Frühförderstellen. Unveröffentlichtes Manuskript
- Dittrich, G./Riedel, B. (2008): So war es nicht gedacht! Betreuungsplätze für Kinder unter Drei. In: Welt des Kindes, 1, (2). München
- Dlubis-Mertens, K. (2003): Suizidforen im Internet: Ernst zu nehmende Beziehungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 100, S. B325
- Döpfner, M. (2008): Therapie von hyperkinetischen Störungen. Beitrag auf dem 14. Münchner kinder- und jugendpsychiatrischen Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen. München, 8. März 2008
- Dörr, M. (2008): Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Dragano, N./Lampert, T./Siegrist, J. (2008): Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? Expertise für den 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Dreas, A./Spiegel, M.A./Hassel, H. (2008): Recherche zu Präventionsprogrammen in KiTas mit dem Schwerpunkt: Bewegung, gesunde Ernährung und Entwicklung eines gesunden Körpergewichts. Bremen
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008b): Drogen und Sucht im Fokus der Politik. Vortrag im Rahmen des „Bonner Politik-Forum“ am 22.8.2008. www.bonner-politik-forum.de/fileadmin/uploads/Drogen_und_Sucht.pdf, 06.02.2009
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008): Drogen- und Suchtbericht 2008. Berlin. http://www.bmg.bund.de/nr_600172/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Drogen-Suchtbericht-08,temp latelId=raw,property=publicationFile.pdf/Drogen-Suchtbericht-08.pdf, 17.06.2008
- Düx, W./Prein, G./Sass, E./Tully, C. (2008): Kompetenzerwerb im freiwilligen Engagement. Eine empirische Studie zum informellen Lernen im Jugendalter. Wiesbaden
- Eckert, A. (2008): Familie und Behinderung. Studien zur Lebenssituation von Familien mit einem behinderten Kind. Hamburg
- Eckert, J./Reimer, C./Strauß, B. (2006): Primärprävention bei Essstörungen. In: Psychotherapeut, 51, S. 187–196
- Egeland, B./Sroufe, L. A. (1981): Attachment and early maltreatment. In: Child Development, 52, S. 44–52
- Egger, A./Wohlschläger, E./Rüdiger, H. W./Wolf, C./Kundi, M./Trimmel, M. (2006): Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin, 41, S. 16–20
- Egle, U./Hoffmann, S.-O. (20002): Pathogenese und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, U./Hoffmann, S.-O./Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung. Stuttgart, S. 3–22
- van Egmond-Fröhlich, A./Möble, T./Ahrens-Eipper, S./Schmid-Ott, G./Hüllinghorst, R./Warschburger, P. (2007): Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper. In: Deutsches Ärzteblatt, 104, S. A2560–A2564
- Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/M.
- Eiermann, N./Häussler, M./Helfferich, C. (2000): Leben und Interessen vertreten: Frauen mit Behinderung. Lebenssituationen, Bedarfslagen und Interessensvertretungen von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Stuttgart
- Eissler, K. (1963): Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen, um eine normale Konstitution zu haben? In: Psyche, 17, S. 240–291
- Ellert, U./Neuhauser, H./Roth-Isigkeit, A. (2007): Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 711–717
- Engelen, U. (2006): Chancen und Grenzen der Jugendhilfe. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Suchterkrankungen im Jugendalter: Dokumentation der Kooperationsveranstaltung am 9. März 2005 in den Rheinischen Kliniken Essen – Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen. Köln, S. 28–31
- Engfer, A. (1997): Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, U. T./Hoffmann, S. O./Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart/New York, S. 21–34
- Engfer, A. (2005): Formen der Misshandlung von Kindern – Definition, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle, U. T./Hoffmann, S.-O./Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart, S. 3–19

- Erdheim, M. (1983): Adoleszenz zwischen Familie und Kultur. Ethnopsychoanalytische Überlegungen zur Funktion der Jugend in der Kultur. In: *Psychosozial*, 6, S. 104 – 116
- Erikson, E. (1968): *Identity: Youth and Crisis*. New York, Norton
- Eriksson, M. (2007) (Hrsg.): *Unraveling the Mystery of Salutogenesis*. Vasa, Abo Akademi
- Eriksson, M./Lindström, B. (2007): Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. In: Eriksson, M. (Hrsg.): *Unraveling the Mystery of Salutogenesis*. Vasa, Abo Akademi
- Essau, C./Conradt, J./Reiss, B. (2003): Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen. In: Schneider S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin, S. 80–102
- Essau, C./Karpinski, N./Petermann, F./Conradt, J. (1998): Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, S. 105–124
- Esser, G. (2002): Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Esser, G. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart, S. 134–151
- Esser, G./Ihle, W. (2008): Abhängigkeit von legalen und illegalen psychotropen Substanzen. In: *Kindheit und Entwicklung*, 17, S. 1–4
- Esser, G./Ihle, W./Schmidt, M./Blanz, B. (2000): Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, S. 276–283
- Esser, H. (2006): Migration, Sprache und Integration. AKI-Forschungsbilanz 4. http://www.wzb.eu/zkd/aki/files/aki_forschungsbilanz_4.pdf, 07.05.2008
- Ettrich, C./Prothmann, S./Krumbiegel, P./Ettrich, K.-U. (2002): Biopsychosoziale Einflüsse auf die kognitive und soziale Entwicklung von Klein- und Vorschulkindern. In: *Kindheit und Entwicklung*, 11, S. 21–28
- Europarat (2008): Child and teenage suicide in Europe: A serious public health issue. Parlamentarische Versammlung, Resolution 1608. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1608.htm>, 17.06.2008
- Ewald, F. (1993): *Der Vorsorgestaat*. Frankfurt/M.
- Ezzell, C./Swenson, C./Brondino, M. (2000): The relationship of social support to physically abused children's adjustment. In: *Child Abuse and Neglect*, 24, S. 641–651
- Faltermaier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie*, Bd. 21. Stuttgart
- Fausser, K./Fischer, A./Münchmeier, R. (2006a): Jugendliche als Akteure im Verband. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Evangelischen Jugend (Jugend im Verband 1). Opladen/Farmington Hills
- Fausser, K./Fischer, A./Münchmeier, R. (Hrsg.) (2006b): „Man muss es selbst erlebt haben....“ Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Evangelischen Jugend (Jugend im Verband 2). Opladen/Farmington Hills
- Fegert, J. (2003): Schnittstellen unterschiedlicher fachlicher und administrativer Zuständigkeiten, Verknüpfung und Vernetzung. In: Fegert, J./Ziegenhain, U. (Hrsg.): *Hilfen für Alleinerziehende*. Weinheim, S. 20 ff
- Fegert, J. M. (2004): Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Heidelberg, S. 497–516
- Fegert, J. M./Besier, T. (2008): Heimkinder und andere psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen – Eine Expertise zur Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Fegert, J. M./Buchmann, J. (2004): Umschriebene Entwicklungsstörungen und Sinnesstörungen. In: Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin, S. 751–771
- Fegert, J. M./Glaeske, G./Janhsen, K./Ludolph, A./Ronge, C. (2002): Untersuchung zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. Berlin
- Fegert, J. M./Jeschke, K./Thomas, H./Lehmkuhl, U. (Hrsg.) (2006): *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt: Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung*. Weinheim
- Fegert, J. M./Schrappner, C. (Hrsg.) (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. München
- Fend, H. (1988): *Sozialgeschichte des Aufwachsens. Bedingungen des Aufwachsens und Jugendalters im zwanzigsten Jahrhundert*. Frankfurt/M.
- Fend, H. (2001): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe*. Opladen
- Fendrich, S. (2008): Hilfen zur Erziehung – eine Trendwende bei der Personalentwicklung. Rückbau und Umstrukturierung der Beschäftigten in einem expandierenden Leistungsbereich. In: *KomDat Jugendhilfe*, 1/2, S. 9–11
- Ferber, C. von (1971): *Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?* Stuttgart
- Fergusson, D. M./Horwood, L. J./Swain-Campbell, N. R. (2003): Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. In: *Psychological Medicine*, 2003, 33, S. 15–21
- Fichter, M. (2005): Anorektische und bulimische Essstörungen. In: *Der Nervenarzt*, 76, S. 1141–1153

- Fischer, G./Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psycho-traumatologie. München/Basel
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern, Huber
- Flammer, A./Alsaker, F.D. (2002): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Bern, Huber
- Flick, U. (2002): Innovation durch New Public Health. Göttingen
- Flick, U./Röhnsch, G. (2006a): „Lieber besoffen. Oder bekifft. Dann kann man's wenigstens noch aushalten.“ Zum Alkohol- und Drogenkonsum obdachloser Jugendlicher. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 1, S. 261–280
- Flick, U./Röhnsch, G. (2006b): „Ich vertrau der anderen Person eigentlich...“: Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 26, S. 171–187
- Flick, U./Röhnsch, G. (2008): Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. München/Weinheim
- Fonagy, P./Gergely, G./Jurist, Elliot L./Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart
- Forsthoef, A./Hummel, B./Möller, H.-J./Grunze, H. (2005): Suizidalität und Internet: Gefahren durch neue Medien. In: Der Nervenarzt, 77, S. 343–345
- Fraiberg, S. (1982): Pathological defenses in infancy. In: Psychoanalysis Quarterly, 51, S. 612–635
- Frank, R. (Hrsg.) (2005a): Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Freiburg
- Frank, R. (2005b): Selbstverletzendes Verhalten. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 11, S. 1082–1086
- Frank, R. (2005c): Suizidalität von Kindern und Jugendlichen: Erkennen, Einschätzen, Vorgehen. In: Notfall & Rettungsmedizin, 8, S. 216–222
- Frank, R. (Hrsg.): (2006): Geistige Behinderung. Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeit. Freiburg
- Franke, A. (1993): Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In: Franke, A./Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Tübingen, S. 15–34
- Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: Antonovsky, A. (Hrsg.): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, S. 169–190
- Franz, M. (2005): Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern: Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: Kind, Jugend, Gesellschaft, 50, S. 82–86
- Franzkowiak, P. (1998): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. In: neue praxis, 28, S. 171–179
- Franzkowiak, P. (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München
- Freytag, T. (2008): Der unternommene Mensch. Eindimensionalisierungsprozesse in der gegenwärtigen Gesellschaft. Weilerswist
- Friederich, T. (2008): Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Friedman, T. L. (2006): Die Welt ist flach. Eine kurze Geschichte des 21. Jahrhunderts. Frankfurt/M.
- Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau, M./Dörner, T./Kraus-Gruner, G./Engel, E.-M. (2008): Kinder Stärken! Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 98–116
- Frühauf, T. (2002): Behinderungen. In: Schröer, W./Struck, N./Wolff, M. (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim/München
- Frye, C./Heinrich, J. (2003): Trends and predictors of overweight and obesity in East German children. In: International Journal of Obesity, 27, 963–969
- Fuchs, H. (2004): Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung. Geschichtliche Entwicklung, rechtliche Rahmenbedingungen und Grundlagen für Konzepte und Qualität der Leistungserbringung unter besonderer Berücksichtigung der Frühförderung. Schriften aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin, Bd. 1. Aachen
- Fuchs, H. (2008): Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zwischen gesundheitspolitischer Aufgabe, Rechtsanspruch und Kassenlage. In: Diakonie für Kinder und Jugendliche (Hrsg.): Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Fachtagung. Berlin
- Fuchs-Rechlin, K. (2006): Kindestötungen: Was sagt die Statistik? In: KOMDAT Jugendhilfe, 9, S. 3–5
- Fuhrer, U./Trautner, H.-M. (2005): Entwicklung und Identität. In: Asendorpf, J. (Hrsg.): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Göttingen, S. 335–424
- Fuhs, B. (1996): Das außerschulische Kinderleben in Ost- und Westdeutschland. In: Büchner, P./Fuhs, B./Krüger, H.-H. (Hrsg.): Vom Teddybär zum ersten Kuss. Wege aus der Kindheit in Ost- und Westdeutschland. Opladen, S. 129–158
- Gabriel, B./Bodenmann, G. (2006): Befinden, Partnerschafts- und Elternzufriedenheit bei Eltern im Zusammenhang mit kindlichem Verhalten. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 53, S. 213–225

- Gadow, T. (2007): Soziales Lernen bei aggressiven und hyperaktiven Kindern: Entwicklungsbedingungen sozialer Kompetenz. Saarbrücken
- Gaensbauer, T. J. (1982): Regulation of emotional expression in infants from two contrasting caretaking environments. In: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, S. 163–170
- Galm, B./Herzig, S./Lillig, S./Stötzel, M. (2007): Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): *Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern*. München, S. 31–59
- Gaschke, S. (2001): *Die Erziehungskatastrophe. Kinder brauchen starke Eltern*. München/Stuttgart
- Gaupp, N. (2006): *Leben ohne Arbeit: Ein Jugendtraum? Hauptschülerinnen und Hauptschüler an der Schwelle zur Berufsausbildung*. Jahrestagung Gemeindepsychiatrie, Magdeburg, 21. Juni 2006
- Gaupp, N./Hofmann-Lun, I./Lex, T./Reißig, B. (2006). Hauptschüler: Schwierige Übergänge von der Schule in die Berufsausbildung. In: *Lehren und Lernen*, 8/9, S. 34–43
- Gavranidou, M. (2008a): *Gesundheit von Migrantenkindern*. In: *Beiheft Pädiatrische Praxis*, in Druck
- Gavranidou, M. (2008b): *Gesundheitsförderung für MigrantInnen (WS 8). Workshop auf dem Internationalen Symposium „Perspektive Gesundheit“ vom 17.–18. April 2008 in München*. Unveröff. Manuskript
- Gehres, W./Müller, B./Siegler, M. (2001): Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Kooperation bei der Frühförderung. Einige empirische Ergebnisse. In: *Gemeinsam leben* 9, S. 21–24
- Gehrmann, J. (2007): Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Sicht. *Jugendhilfe*, 45, S. 4
- Geiger, I.-K./Razum, O. (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/München, S. 719–743
- Geisen, T./Riegel, C. (Hrsg.) (2007): *Jugend, Zugehörigkeit und Migration*. Wiesbaden
- Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA (2008): *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)* In: *Bundesanzeiger* 2008, Nr. 146: S. 3484
- Gensicke, T./Picot, S./Geiss, S. (2006): *Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004*. Wiesbaden
- GEO Wissen (2008): *Themenheft Pubertät*, 41, 05/08
- George, C./Main, M. (1979): Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression. In: *Child Development*, 50, S. 306–318
- Gerlach, M./Wewetzer, C. (2008²): *Entwicklungspsychopharmakologie*. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart, S. 372–407
- Gerlinghoff, M./Backmund, H. (2004): *Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Anorexia nervosa, Bulimia, nervosa, Binge Eating Disorder*. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 47, S. 246–250
- Gerth, U./Menne, K. (2008): *Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung*. Unveröff. Manuskript
- Gerth, U./Menne, K. (2008a): *Nachtrag zur Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung*. Unveröff. Manuskript
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) (2007): *Psychiatrie in Deutschland: Leistungen, Strukturen und Perspektiven*. http://www.gmkonline.de/_beschuesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf, 22.09.2007
- Gesundheitsziele.de (2003): *Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung*. www.gesundheitsziele.de
- Geyer, S. (2000): Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konstrukt? In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. Weinheim/München, S. 71–84
- Giddens, A. (1992): *Kritische Theorie der Spätmoderne*. Wien
- Giddens, A. (1995): *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt/M.
- Giddens, A. (1997): *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt/M.
- Gilles, C. (1998): *Gesundheitsförderung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit*. In: *Deutsche Jugend*, 46, 1998, 12, S. 521–528
- Gisdakis, B. (2007): „Oh, wie wohl ist mir in der Schule ...“: Schulisches Wohlbefinden – Veränderungen und Einflussfaktoren im Laufe der Grundschulzeit. In: C. Alt (Hrsg.): *Kinderleben*, Bd. 3: *Start in die Grundschule*. Wiesbaden, S. 107–136
- Glaeske, G./Janhsen, K. (2007): *GEK-Arzneimittel-Report 2007*. St. Augustin
- Göckenjan, G. (1985): *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt/M.
- Gogoll, A./Kurz, D./Menze-Sonneck, A. (2003): *Sportengagement Jugendlicher in Westdeutschland*. In: Schmidt, W./Hartmann-Tews, I./Brettschneider, W.-D. (2003): *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Schorndorf, S. 145–165
- Gold, C./Hertwig, R. (2008): *Gesunde Lebenswelten für Kinder und Jugendliche*. In: *Unsere Jugend*, 6, S. 257–268

- Goldbeck, L./Fegert, J.M. (2008): Abschlussbericht: Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Download als PDF unter: www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie/psychotherapie/home/forschung/projekte-dissertationen/heimprojekt.html, 09.01.2009
- Goldbeck, L./Schulze, U./Fegert, J. M. (2004): Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J. M./Schrappner, C. (Hrsg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München, S. 259–264
- Göppel, R. (2007): Aufwachsen heute. Veränderungen der Kindheit – Probleme des Jugendalters. Stuttgart
- Gordon, R. S. (1983): An operational classification of disease prevention. In: Public Health Reports, 98, S. 107–109.
- Gorges, R. (2004): Waldkindergarten und Schulfähigkeit. Eine Untersuchung an der FH Darmstadt. http://db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=2916&reiter=3, 13.10.2008
- Grager, N./Peucker, C./Pluto L./Seckinger, M. (2009): Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern, München (in Druck)
- Green, J./Labonté, R. (Eds.) (2008): Critical perspectives in Public Health. London/New York: Routledge
- Gregor, A./Cierpka, M. (2004): Das Baby verstehen. Das Handbuch zum Elternkurs für Hebammen. Bensheim
- Grossmann, K./Grossmann, K. (2007²): Die Entwicklung von Bindungen: Psychische Sicherheit als Voraussetzung für psychologische Anpassungsfähigkeit. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 279–298
- Grundmann, M. (2006): Sozialisation. Skizze einer allgemeinen Theorie. Konstanz
- Grundmann, M. (2008): Handlungsbefähigung – Eine sozialisationstheoretische Perspektive. In: Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hrsg.): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. Wiesbaden, S. 131–142
- Grundmann, M./Dravenau, D./Bittlingmayer, U. H./Edelstein, W. (2006): Handlungsbefähigung und Milieu. Zur Analyse milieuspezifischer Alltagspraktiken und ihrer Ungleichheitsrelevanz. Münster
- Grunow, D./Grunow-Lutter, V. (2000): Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Weinheim/München
- Gugutzer, R. (2002): Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität. Wiesbaden
- Gugutzer, R. (2004): Soziologie des Körpers. Bielefeld
- Günter, M. (2004): Chronische Krankheiten und psychische Beteiligung. In: Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg, S. 615–633
- Guralnick, M. (2001): Early childhood inclusion: Focus on change. Baltimore: Brookes
- Hafeneger, B./Schröder, A. (2005): Jugendarbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München/Basel, S. 840–850
- Hahlweg, K./Heinrichs, N./Bertram, H./Kuschel, A./Widdecke, N. (2008): Körperliche Bestrafung: Prävalenz und Einfluss auf die psychische Entwicklung bei Vorschulkindern. In: Kindheit und Entwicklung, 17, S. 46–56
- Hahn, A./Jerusalem, M. (2001): Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: Raithe, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen, S. 279–294
- Hähne, C.; Dümmler, K. (2008): Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter. In: Richter, M. et al. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Weinheim, München, S. 93–115
- Hampel, P./Kropf, V./Dikici, S./König, L./Gloger-Tippelt, G./Petermann, F. (2007): Kognitive Entwicklung und sozial-emotionale Kompetenzen bei Frühgeborenen mit unterschiedlichen Bindungsrepräsentationen. In: Kindheit und Entwicklung, 16, S. 220–228
- Hans-Bredow-Institut (Hrsg.) (2007): Analyse des Jugendmedienschutzsystems – Jugendschutzgesetz und Jugendmedienschutz-Staatsvertrag. Endbericht. (Projektteam: Brunn, I./Dreier, H./Dreyer, S./Hasebrink, U./Held, T./Lampert, C./Schulz, W.). Hamburg. www.hans-bredow-institut.de/forschung/recht/071030Jugendschutz-Gesamtbericht.pdf, 6.2.2009
- Hanses, A./Sander, K. (2008): Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen der Adressaten und dem(etwaigen) Unterschied zwischen Ost- und West-Deutschland. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Hanses, A./Sander, K. (2008a): Evaluation und wissenschaftliche Begleitung zum Modellprojekt „BodyGuard – Das IB-Gesundheitsprogramm für Jugendliche“. Unveröff. Manuskript
- Harder, T./Bergmann, R./Kallischnigg, G./Plagemann, A. (2005): Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis. In: Am. J. Epidemiol., 162, S. 397–403
- Harter, S. (1998): The development of self-representations. In: Damon, W. (Series Ed.)/Eisenberg, N. (Vol. Ed.): Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development. New York, Wiley, S. 553–617
- Hartnuss, B./Maykus, St. (Hrsg.) (2004): Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule. Ein Leitfaden für Praxisreflexionen, theoretische Verortungen und Forschungsfragen. Freiburg/Br.

- Hassel, H. (1996): Gesundheitsförderung – Bausteine für ein didaktisches Modell „Gesunde Gewichtsentwicklung von Kindern (6–10 Jahre)“. Berlin
- Hasselhorn, M./Grube, D. (2008): Individuelle Voraussetzungen und Entwicklungsbesonderheiten des Lernens im Vorschul- und frühen Schulalter. In: Empirische Pädagogik, 22, S. 113–126
- Hauner, H. (2000): Adipositas: Die neue Herausforderung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125, S. 255
- Havighurst, R. J. (1972): Developmental tasks and education. New York: McKay
- Hayer, T./Scheithauer, H./Petermann, F. (2005): Bullying: Schüler als Täter – Lehrer als Opfer?! In: Ittel, A./von Salisch, M. (Hrsg.): Lügen, Lästern, Leiden lassen: Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart, S. 237–255
- Hebenstreit-Müller, S. (2006): Andere Länder machen es uns vor: Kleine Kinder brauchen Exzellenzzentren. In: Thinktank. www.berlinpolis.de
- Heckhausen, H. (1977): Achievement motivation and its constructs: A cognitive model: Motivation and Emotion, 1, 283–329
- Heckmann, Chr. (2004): Die Belastungssituation von Familien mit behinderten Kindern. Soziales Netzwerk und professionelle Dienste als Bedingungen für die Bewältigung. Heidelberg
- Heinrichs, J.-H. (2006): Grundbefähigungen. Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie. Paderborn
- Heller, S./Larrieu, J./D’Imperio, R./Boris, N. (1999): Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. In: Child Abuse and Neglect, 23, S. 321–338
- Hengst, H./Zeihner, H. (2005): Kindheit Soziologisch. Wiesbaden
- Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.) (2008a): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden
- Hensen, G./Hensen, P. (2008b): Einführung. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden, S. 13–38
- Hering, S./Münchmeier, R. (Hrsg.) (2003): Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim/München
- Herman, J. (1993): Die Narben der Gewalt. München
- Hermes, G./Rohrman, E. (Hrsg.) (2006): Nichts über uns – ohne uns. Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Wasserburg, AG SPAK
- Herpertz-Dahlmann, B./Herpertz, S. (2008²): Persönlichkeitsstörungen. In: B. Blanz/H. Remschmidt/M. Schmidt/A. Warnke (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 1052–1077
- Herriger, N. (2006³): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart
- Herzlich, C./Pierret, J. (1991): Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München
- Herzog, D./Greenwood, D./Dorer, D./Flores, A./Ekeblad, E./Richards, A./Blais, M./Keller, M. (2000): Mortality in eating disorders: A descriptive study. In: International Journal of Eating Disorders, 28, S. 20–26
- Hildenbrand, B. (2008): Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Welter- Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg, S. 20–27
- Hintermair, M. (2006): Elterliches Belastungserleben, elterliche Ressourcen und psychische Entwicklung hörgeschädigter Kinder. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 75, S. 25–39
- Hintermair, M./Tsirigotis, C. (Hrsg.) (2008): Wege zu Empowerment und Ressourcenorientierung in der Zusammenarbeit mit hörgeschädigten Menschen. Heidelberg
- Hinz, A. (1993): Heterogenität in der Schule: Integration – interkulturelle Erziehung – Koedukation. Hamburg
- Hinz, A./Katzenbach, D./Rauer, W./Schuck, Karl D./Wocken, H./Wudtke, H. (1998): Die Integrative Grundschule im sozialen Brennpunkt. Ergebnisse eines Hamburger Schulversuchs. Hamburg
- Hinz, Andreas (2005). Schulenwicklung hin zur Teilhabe aller Schüler(innen). Der Index für Inklusion – Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. In: E. Wacker et al. (Hrsg.). Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Lebenshilfe-Verlag, S.55-66
- Hoehne, R. (2005): Gesundheitsarbeit in Kindergärten. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.): gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hoheneggen, S. 102–113
- Höfer, R. (2000a): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim/München, S. 57–69
- Höfer, R. (2000b): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen
- Höfer, R. (2007): Zwischen erster und zweiter Moderne. Identifikationsprozesse in zivilgesellschaftlichen Organisationen am Beispiel der Naturfreunde. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, 2, S. 102–110
- Höfer, R./Behringer, L. (2008): Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Höfer, R./Straus, F. (2004): Was Eltern über den Elterntalk denken ... Wissenschaftliche Begleitstudie zum Projekt „Elterntalk“. München: Aktion Jugendschutz Bayern

- Hohm, E./Trautmann-Villalba, P./Schwarz, M./Hornstein, C. (2008). Stationäre Mutter-Kind Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen – ein Beitrag zur Prävention im Säuglingsalter. In: *Nervenheilkunde* 6, im Druck
- Hollenweger, J. (2008): Die WHO veröffentlicht eine ICF-Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY). In: *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 1, S. 11–16
- Hollenweger, J. (2007): Frühförderung und ICF. Überlegungen zur Anwendung der ICF in der frühen Kindheit. In: *Frühförderung interdisziplinär*, 4, S. 149–157
- Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 784–793
- Hölling, H./Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 794–799
- Hölling, H./Schlack, R. (2008): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Das Gesundheitswesen*, 70, S. 154–163
- Hölling, H./Schlack, R./Dippelhofer, A./Kurth, B.-M. (2008): Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 51, S. 784–793.
- Holodyski, M. (2005): Am Anfang war der Ausdruck. Meilensteine und Mechanismen der Emotionsentwicklung. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 52, S. 229–249
- Holthausen, B./Schäfer, H. (2007): Strategien der Gewaltprävention in der Kinder- und Jugendhilfe im Jugendalter. In: *Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention* (Hrsg.): *Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern*. München, S. 131–168
- Holtkamp, K./Herpertz-Dahlmann, B. (2001): Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 149, S. 717–729.
- Holtkamp, K./Herpertz-Dahlmann, B. (2005): Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 102, S. A50–A58
- Holtmann, M./Laucht, M. (2007²): Biologische Aspekte der Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, S. 32–44
- Homfeldt, H. G. (1999): Sozialer Brennpunkt Körper. Körpertheoretische und praktische Grundlagen für die Soziale Arbeit. Baltmannsweiler
- Homfeldt, H. G. (2004): Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit. In: Hartnuß, B./Maykus, S. (Hrsg.): *Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule*. Frankfurt/M., S. 371–388
- Homfeldt, H. G. (2005): Gesundheitsförderung in der Ganztagschule. Beiträge zu einer schulbezogenen Jugendhilfe. In: Spies, A./Stecklina, G. (Hrsg.): *Die Ganztagschule*, Bd. 2: Keine Chance ohne Kooperation. Handlungsformen und institutionelle Bedingungen. Bad Heilbrunn, S. 120–133
- Homfeldt, H. G./Laaser, U./Prümel-Philippson, U./Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.) (2002): *Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenzen – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen*. Neuwied
- Homfeldt, H. G./Schröer, W./Schweppe, C. (Hrsg.) (2008): *Vom Adressaten zum Akteur. Soziale Arbeit und Agency*. Opladen/Farmington Hill
- Homfeldt, H. G./Schulze, J./Schenk, M./Seyl, S./Michels, C. (1995): *Jugendverbandsarbeit auf dem Prüfstand. Die Jugendfeuerwehr – Perspektiven für das verbandliche Prinzip der Jugendarbeit*. Weinheim/München
- Homfeldt, H. G./Sting, S. (2006): *Soziale Arbeit und Gesundheit – Eine Einführung*. München
- Hoops, S./Permien, H. (2006): „Mildere Maßnahmen sind nicht möglich“ Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. München: DJI-Materialien. Zu beziehen über: permien@dji.de
- Horn, W.-R. (2008): Cannabis: Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2008*. Geesthacht, S. 96–105
- Hornstein, W./Bäuerle, W./Greese, D./Lempp, P./Mollenhauer, P./Protz, J./Sommerkorn, G. (1982): *Situation und Perspektiven der Jugend. Problemlagen und gesellschaftliche Maßnahmen*. Fünfter Jugendbericht der Bundesregierung. Weinheim/Basel
- Hurrelmann, K. (2006⁸): *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim/Basel.
- Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.) (2006⁴): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim
- Huss, M. (2008): ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 51, S. 602–605
- Hüther, G. (2007²): Resilienz im Spiegel entwicklungs-neurobiologischer Kenntnisse. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, S. 45–56
- Ihle, W./Ahle, M. E./Jahnke, D./Esser, G. (2004): Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenz-basierter Diskussionsvorschlag. In: *Kindheit und Entwicklung*, 13, S. 64–79

- Ihle, W./Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. In: Psychologische Rundschau, 53, S. 159–169
- Ihle, W./Esser, G./Schmidt, M./Blanz, B. (2002): Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. In: Kindheit und Entwicklung, 11, S. 201–211
- Ihle, W./Jahnke, D./Esser, G. (2008): Spezielle Risikogruppen: Sucht und Depression. In: Thomasius, R./Schulte-Markwort, M./Küstner, U./Riedesser, P. (Hrsg.): Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, S. 69–74
- van Ijzendoorn, M. H./Schuengel, C./Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999): Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. In: Development and Psychopathology, 11, S. 225–249
- Infans, Institut für angewandte Sozialisationsforschung/ Frühe Kindheit e. V. (Hrsg.) (o. J.): Die ersten Tage in der Krippe. Kommentierte Videodokumentation zweier Eingewöhnungsverläufe. Berlin
- Infans, Institut für angewandte Sozialisationsforschung/ Frühe Kindheit e. V. (2008): Die Eingewöhnung von Kindern in Kindertageseinrichtungen. <http://www.infans.de/pdf/Eingewoehnung.pdf>, 04.11.2008
- Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Köln: ISG-Bericht
- Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) (2008): IGfH-Veranstaltungsprogramm 2009. Frankfurt/M.
- Ittel, A./Scheithauer, H. (2007²): Geschlecht als „Stärke“ oder „Risiko“? Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 98–115
- Jacobi, F./Hoyer, J./Wittchen, H.-U. (2004): Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33, S. 251–260
- Jakob, M. (2006): Soziale Arbeit zwischen Hilfe und Kontrolle – Mögliche Auswirkungen des § 8a SGB VIII auf die Träger der Jugendhilfe. Diplomarbeit zur Diplomprüfung an der FH Münster, FB Sozialwesen. (unveröffentlicht)
- Jampert, K. (2002): Schlüsselsituation Sprache. Opladen
- Jampert, K. (2008): Interview in der SZ: Lernziel Deutsch. Schon Vierjährige müssen zu Sprachtests antreten – der Nutzen ist fraglich. <http://www.sueddeutsche.de/jobkarriere/berufstudium/artikel/465/181902/>, 13.10.2008
- Jampert, K./Leukefeld, K./Zehnbauer, A./Best, P. (2006): Sprachliche Förderung in der Kita. Wie viel Sprache steckt in der Musik, Bewegung, Naturwissenschaften und Medien? Weimar/Berlin
- Jampert, K./Best, P./Guadatiello, A./Holler, D./Zehnbauer, A. (2007): Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten. Konzepte – Projekte – Maßnahmen. Weimar/Berlin
- Jampert, K./Zehnbauer, A./Best, P./Sens, A./Laier, M. (2009): Kinder – Sprachen stärken! Sprachliche Forderung in der Kindertagesstätte. Berlin
- Jané-Llopis, E./Braddick, F. (Eds.) (2008): Mental Health in Youth and Education. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_youth_en.pdf, 13.10.2008
- Janhsen, K. (2008): Arzneimitteltherapie im Kindes- und Jugendalter. In: Gmünder Ersatzkasse (GEK) (Hrsg.), GEK-Arzneimittel-Report 2008. St. Augustin, S. 98–111
- Jaritz, C./Wiesinger, D./Schmid, M. (2008): Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Trauma und Gewalt, 4, S. 266–277
- Jehle, M. (2007): Psychose und souveräne Lebensgestaltung. Erfahrungen langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge. Bonn
- Jordan, E. (2005): Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen. Weinheim/München
- Jugendministerkonferenz (JMK) (2006): Beschluss TOP 9: Kinder und Gesundheit. Jugendministerkonferenz am 18./19. Mai 2006 in Hamburg. <http://www.fruehehilfen.de/1991.0.html>, 21.07.2008
- Jungaberle, H. (2007): Qualitative Drogen- und Suchtforschung – am Beispiel eines kulturwissenschaftlichen Forschungsprojekts. In: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden, S. 169–194
- Junge, T./Schmincke, I. (Hrsg.) (2007): Marginalisierte Körper. Beiträge zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers. Münster
- Jungmann, T. (2006): Unreife bei der Geburt: Ein Risikofaktor für Sprachentwicklungsstörungen? In: Kindheit und Entwicklung, 15, S. 182–194
- Kahl, H./Dortschy, R./Ellsäßer, G. (2007a): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 718–727
- Kahl, H./Schaffrath Rosario, A./Schlaud, M. (2007): Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 677–685

- Kahn, R. L./Antonucci, T. C. (1980): Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In: Baltes, P. B./Brim, O. G. (Eds.): Life-span development and behaviour, Vol. 3, New York, Academic Press, S. 253–286
- Kamtsiuris, P./Atzpodien, K./Ellert, U./Schlack, R./Schlaud, M. (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 686–700
- Kamtsiuris, P./Bergmann, E./Rattay, P./Schlaud, M. (2007a): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 836–850
- Kamtsiuris, P./Lange, M./Schaffrath Rosario, A. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 547–556
- Kant, Immanuel (1983): Über Pädagogik. In: Ders.: Werke in 10 Bänden. Hrsg. Von Wilhelm Weischedel, Band 10, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 691–764
- Kaplan, S. J./Pelcovitz, D./Labruna, V. (1999): Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years, part I: Physical and emotional abuse and neglect. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, S. 1214–1222
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2008): An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31.12.2007. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=7558ad164ea745a061c431967c5fc18a&DocId=003756651&Page=1>, 10.10.2008 oder <http://daris.kbv.de/daris.asp>
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH) (2008): KKH meldet Zunahme der Krankheit ADHS um 50 Prozent. Presseerklärung vom 09.06.2008. http://www.kkh.de/fileserver/kkh2006/FILES/Pressemitteilung_KKH_107996_898.pdf, 18.07.2008
- Kazin, V. (2006): Untersuchung an opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen männlichen russlanddeutschen Spätaussiedlern. http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=982298447&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=982298447.pdf, 24.07.2008
- Keilson, H./Sarphatie, H. R. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart
- Keppeler, S./Specht, W. (2005³): Mobile Jugendarbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, München/Basel, S. 1223–1235
- Kersting, M./Clausen, K. (2002): Ernährung in Kindertagesstätten: Bundesweite Datenerhebung und praktische Empfehlungen. In: Kinderärztliche Praxis. Sonderheft Ernährung: Prävention & Chance, S. 43–46
- Kersting, M./Clausen, K. (2007): Wie teuer ist eine gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche? Ernährungs-Umschau 9, S. 508–513
- Kersting, M./Dulon, M. (2002): Fakten zum Stillen in Deutschland. Ergebnisse der SuSe-Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 150: S. 1196–1201
- Kessl, F. (2005): Der Gebrauch der eigenen Kräfte. Eine Gouvernementalität Sozialer Arbeit. Weinheim/München
- Keupp, H. (1988): Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg
- Keupp, H. (1999): Die Hoffnung auf den Körper. Jugendliche Lebensbewältigung als riskante Chance. In: Becker P./Koch, J. (Hrsg.): Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Weinheim, S. 47–64
- Keupp, H. (2000a): Identitäten in Bewegung – und die illusionäre Hoffnung auf den Körper. In: Motorik. Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie, 23, 3, S. 113–122
- Keupp, H. (2006a): Identitätsarbeit durch freiwilliges Engagement. Schlüsselqualifikationen in der Zivilgesellschaft. In: Tully, C. (Hrsg.): Lernen in flexibilisierten Welten. Weinheim, S. 23–40
- Keupp, H. (2007): Und die im Dunklen sieht man nicht: Von der alten und der neuen Armut und ihren psychosozialen Konsequenzen. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 39, S. 9–24
- Keupp, H. (2008): Erziehungsberatung in bewegten Zeiten. In: Erziehungsberatung, aktuelle Mitteilungen der LAG Bayern, 2, S. 21–31
- Keupp, H. (Hrsg.) (1974): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München
- Keupp, H./Ahbe, T./Gmür, W. (1999): Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek
- Keupp, H./Höfer, R./John, R./Knothe, H./Kraus, W./Straus, F. (2004): Selbstverortung im bürgerschaftlichen Engagement. Zur Ambivalenz subjektiver Konstruktionen von Gemeinschaft. In: Beck, U./Lau, C. (Hrsg.): Entgrenzung und Entscheidung. Frankfurt/M., S. 234–257
- Keupp, H./Hohl, J. (Hrsg.) (2006): Subjektdiskurse im gesellschaftlichen Wandel: Zur Theorie des Subjekts in der Spätmoderne. Bielefeld
- Kieselbach, T./Beelmann, G. (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Hollederer, A./Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Huber, S. 13–31
- Kilian S./Becker T. (2008). FIPS – ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Nervenheilkunde 27, S. 541–544

- Kinder und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) (2007): In: Bundesgesundheitsblatt 50 http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf, 18.08.2008
- Kindernetzwerk e. V. für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft (2007): Bundesweite Netzwerk-Umfrage. Familien mit chronisch kranken und pflegebedürftigen Kindern. Dokumentation. Aschaffenburg
- Kindler H./Lukasczyk P./Reich W. (2008). Validierung und Evaluation eines Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzbogen). In: Zeitschrift für Kinderschutzrecht und Jugendhilfe, 12, S. 500–505
- Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Werner, A. (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München, www.dji.de/asd
- Kindler, H./Lillig, S. (2006): Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung. In Jordan E. (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, S. 85–110
- Klein, M. (2007): Kinder suchtkranker Eltern. Stuttgart
- Klein, M. (2008): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein, M. (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren: Risiken, Prävention, Hilfen. Stuttgart, S. 114–127
- Klein-Heßling, J. (2006): Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In: Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, S. 13–30
- Kliche, T./Gesell, S./Nyenhuis, N./Bodansky, A./Deu, A./Linde, K./Neuhaus, M./Post, M./Weitkamp, K./Töppich, J./Koch, U. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim/München
- Klicpera, C./Klicpera-Gasteiger, B. (2008): Autistische Störung. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Handbuch Sonderpädagogik, Bd. 4, Göttingen, S. 36–55.
- Klinkhammer, M. (2008): Sport und Jugendhilfe – Das Konzept für ein Modellprojekt. In: Pro Jugend, 1, S. 13–16
- von Klitzing, K. (2006): Kinder. In: Stoppe, G./Bramesfeld, A./Schwartz, F.-W. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Heidelberg, S. 229–244
- Kniel, A./Windisch, M. (2005): People First. Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit geistiger Behinderung. München
- Knopf, H. (2007): Arzneimittelverwendung bei Kindern und Jugendlichen: Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 863–870
- Kölch, M. (2008): Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Kölch, M./Plener, P./Kranzeder, A./Fegert, J. M. (2008b⁶): Psychopharmakotherapie. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 777–797
- Koletzko, B. (Hrsg.) (2007¹³): Kinder- und Jugendmedizin. Heidelberg
- Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Opladen
- Kolip, P. (2008): Beachtung zentraler gender-relevanter Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder und Jugendhilfe. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Kolip, P./Hurrelmann K./Schnabel, P. E. (1995): Jugend und Gesundheit. Weinheim/München
- Kolvenbach, F.-J./Pothmann, J. (2008): Prekäre Lebenslagen belasten familiäre Erziehung – erste Ergebnisse zu den erzieherischen Hilfen 2007. In: KomDat Jugendhilfe, 3, S. 6
- KomDat Jugendhilfe, Oktober 2006: Kindstötungen. Was sagt die Statistik? Dortmund, 9, S. 3–5
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007): Weißbuch: Gemeinsam für Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf, 10.10.2008
- Kommission der Europäischen Union (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel
- Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen (Hrsg.) (2007): Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland. Entwicklung, Ursachen und Maßnahmen. Anlageband, Bd. 3: Zukunft der Arbeit sowie Entkoppelung von Erwerbsarbeit und sozialer Sicherung. Bonn, S. 36
- Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (2008): Allgemein bildende Schulen in Ganztagsform in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland: Statistik 2002 bis 2006. Bonn. http://www.kmk.org/statist/GTS_2006.pdf, 03.04.2008
- Kopetsch, T. (2008): Kinder- und Jugendmedizin: Versorgungslage im ambulanten Bereich. Vortrag auf der 18. GKIND-Fachtagung am 08. Mai 2008 in Regensburg. Unveröff. Manuskript
- Korn, S. (2006): Mobbing in Schulklassen: Systematische Schikane. In: Pro Jugend, 2, S. 4–7

- Körner, S. (2008): Dicke Körper revisited. Zur Kommunikation juveniler Körperkrisen. Bielefeld
- Köttgen, C. (2007): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Therapie und Strafe. Frankfurt/M.
- Kratzmann, J./Schneider, T. (2008): Soziale Ungleichheiten beim Schulstart. Empirische Untersuchungen zur Bedeutung der sozialen Herkunft und des Kindergartenbesuchs auf den Zeitpunkt der Einschulung. German Socio-Economic Panel Study (SOEP). Berlin
- Kraus, L. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S.1-63.
- Kraus, L./Pfeiffer-Gerschel, T./Pabst, A. (2008): Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. 16–S25
- Kraus, L./Steiner, S./Pabst, A. (2008): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen, München; IFT-Berichte Bd. 165. http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd_165_Espad-2007.pdf, 29.05.2008
- Kraus, W./Mitzscherlich, B. (1997): Identitätsdiffusion als kulturelle Anpassungsleistung. Erste empirische Ergebnisse zu Veränderungen der Identitätsentwicklung. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 42, S. 65–72
- Kroke, A./Günther, A. (2006): Mangel im Überfluss. Ernährungsepidemiologische Daten zu Übergewicht und Nährstoffmangel. In: Ernährungs-Umschau, 53, S. 480–485
- Krombholz, H. (2005): Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen. In: Schlottke, P. F./Silbereisen, R. K./Lauth, G. W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Göttingen, S. 545–574
- Kronauer, M. (2002): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt/M.
- Kros, S./Mierisch, T. (1998): Gesund mit Grips. Mobile Jugendarbeit zum Thema „Gesundheit“ im Jugendrotkreuz Rheinland-Pfalz. In: Deutsche Jugend, 46, 9, S. 380–385
- Krugger, S. (2002): Jugendhilfeleistungen für konsumierende junge Menschen. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Sucht im Jugendalter. Ein Thema – drei Hilfesysteme. Tagungsdokumentation einer Kooperationsveranstaltung des Dezernates Gesundheit/Heilpädagogische Heime und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln, S. 55–65
- Krumm, S./Ziegenhain, U./Fegert, J. M./Becker, T. (2005): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil: Probleme und Perspektiven. In: Kind, Jugend, Gesellschaft, 50, S. 77–81
- Kühn, M. (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Trauma und Gewalt, 4, S. 318–327
- Kühner, A. (2003): Kollektive Traumata. Annahmen, Argumente, Konzepte. Eine Bestandsaufnahme nach dem 11. September 2001. Berlin: Berghof Report Nr. 9
- Kühner, A. (2005): Schmerzfreier über Leiden sprechen? Gedankenexperimente und Beobachtungen zu Ambivalenzen des Traumbegriffs. In: Karger, A./Heinz, R. (Hrsg.): Trauma und Schmerz. Psychoanalytische, philosophische und sozialwissenschaftliche Perspektiven. Gießen
- Kühner, A. (2008): Trauma und kollektives Gedächtnis. Gießen
- Kunczik, M./Zipfel, A. (2006): Medien und Gewalt: Der aktuelle Forschungsstand. In: Niesyto, H./Rath, M./Sowa, H. (Hrsg.): Medienkritik heute, Grundlagen, Beispiele und Praxisfelder. München, S. 145–165
- Kurstjens, S./Wolke, D. (2001): Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42, S. 623–636
- Kurth, B.-M./Ellert, U. (2008): Gefühls- oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. 406–412
- Kurth, B.-M./Koch, U. (2008): Auf dem Weg zum chronisch gesunden Kind? In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 583–584
- Kurth, B.-M./Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 736–743
- Labisch, A. (1991): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/M.
- Lachwitz, K./Schellhorn, W./Welti, F. (2001): SGB IX – Rehabilitation. Neuwied/Kriftel
- Laewen, H.-J./Andres, B. (Hrsg.) (2002): Künstler, Forscher, Konstrukteure. Werkstattbuch zum Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen. Neuwied/Kriftel
- Laewen, H.-J./Andres, B./Hèdervàri, E. (2000): Ohne Eltern geht es nicht. Die Eingewöhnung von Kindern in Krippen und Tagespflegestellen. Neuwied/Kriftel
- Lamb, M./Ahnert, L. (2006): Nonparental child care: Context, concepts, correlates, and consequences. In: Renninger, K./Sigel, I. (Hrsg.): Handbook of child psychology, Vol. 4. Hoboken, Wiley, S. 950–1016
- Lambert, K. (2008): Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Lamott, F. (2003): Das Trauma als symbolisches Kapital. Zu Risiken und Nebenwirkungen des Trauma-Diskurses. Psychosozial, 91, S. 53-63

- Lampert, T. (2008): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. 265–271
- Lampert, T./Mensink, G./Romahn, N./Woll, A. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 634–642
- Lampert, T./Sygusch, R./Schlack, R. (2007): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 643–652
- Lampert, T./Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 600–608
- Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Bayern (2006): Prävention des plötzlichen Säuglingstodes als konzertierte Informationskampagne in Bayern – Aktion sicherer und gesunder Babyschlaf. http://www.lgl.bayern.de/gesundheits/sids_ploetzlicher_kindstod.htm#sicherer, 13.10.2008
- Landeshauptstadt Stuttgart, Jugendamt/Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg – Hohenzollern (2002): Projektbericht: Integration zweijähriger Kinder in den Kindergarten. Stuttgart
- Landeskommission Berlin gegen Gewalt (2007): Gewalt von Jungen, männlichen Jugendlichen und jungen Männern mit Migrationshintergrund in Berlin (Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 28). http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-lkbgg/bfg/nummer28/bfg_nr_28.pdf, 10.07.2008
- Landschaftsverband Rheinland (LVR) (2006²): Hilfen für Suchtkranke im Rheinland: Kennzahlen zur Versorgungsstruktur, Stand der Entwicklung und Perspektiven. Köln
- Lange, C./Lampert, T. (2005): Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer: Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. In: Bundesgesundheitsblatt, 48, S. 1252–1264
- Lange, C./Schenk, L./Bergmann, R. (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 624–633
- Lange, E./Choi, S. (2004): Jugendkonsum im 21. Jahrhundert: Eine Untersuchung der Einkommens-, Konsum- und Verschuldungsmuster der Jugendlichen in Deutschland. Wiesbaden
- Lange, J. (2008): Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Technische Universität. Forschungsverbund DJI/TU Dortmund
- Langerke, T. v. (Hrsg.) (2007): Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Weinheim/München
- Langner, A. (2009): Behindert werden in der Identitätsarbeit. Jugendliche mit geistiger Behinderung – Fallrekonstruktionen. Wiesbaden
- Lansford, J./Malone, P./Stevens, K./Dodge, K./Bates, J./Pettit, G. (2006): Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviours: Factors underlying resilience in physically abused children. In: Development and Psychopathology, 18, S. 35–55
- Largo, R. (2001): Kinderjahre: Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung. München
- Laucht, M. (2006): Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter. In: Mattejat, F. (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 4, München, S. 421–432
- Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, S. 246–262
- Laue, E. (2007): Minderjährige Schwangere in Deutschland. Statistische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung: Teenagerschwangerschaften international. Köln, S. 3–11
- Lauenroth, N./Swart, E. (2004): „Perspektivlosigkeit ist meine Krankheit“: Subjektive Empfindungen von Langzeitarbeitslosen. In: Das Gesundheitswesen, 66, S. 765–769
- Laverack, G. (2004): Health promotion practice. Power & Empowerment. London: Sage
- Laverack, G. (2005): Public Health. Power, empowerment and professional practice. New York: Palgrave
- Laverack, G. (2007): Health promotion practice. Building empowered communities. Maidenhead: Open University Press
- LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund (2007): LBS-Kinderbarometer Deutschland 2007: Stimmungen, Meinungen und Trends von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Münster
- Lehmann, T./Mecklenburg, K. (2006): Jugendverbände als biografisch bedeutsame Lebensorte. Baltmannsweiler, Hohengehren
- Lehmkühl, G./Walter, D./Lehmkühl, U. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 399–405
- Lehner, I. M./Hoehne, R./Kraus, A./Schröder, E.-M. (1991): Fühlst Du Dich nicht wohl? Gesundheitsförderung im Kindergarten. Freiburg
- Lemeshow, A. (2008): Schulmädchenstudie: „Geringes Selbstwertgefühl macht dick“, Zitat aus: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,527291,00.htm>, 19.1.2008
- Lengerke, T. (Hrsg.). (2007): Public Health Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Weinheim

- Lenhard, W. (2005). Der Einfluss pränataler Diagnostik und selektiven Fetozyds auf die Inzidenz von Menschen mit angeborener Behinderung. *Leben mit DS*, 49, S. 10–17
- Lenz, A. (2004): Psychologische Dimensionen der Partizipation. Vortrag auf der Wissenschaftlichen Jahrestagung der LAG für Erziehungsberatung Niedersachsen e. V. am 9./10.9. in Vechta
- Lenz, A. (2008): Welche riskanten Lebensbedingungen müssen Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern bewältigen und wie können ihre Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe gestärkt werden? Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Lenz, A. (2008a): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen
- Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.) (2004): Empowerment. Tübingen
- Lerner, R. M./Alberts, A. E./Bobek, D. (2007): Engagierte Jugend – lebendige Gesellschaft. Möglichkeiten zur Stärkung von Demokratie und sozialer Gerechtigkeit durch positive Jugendentwicklung. Expertise für die Bertelsmann Stiftung. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A00F0A-39F07E04/bst_engl/Expertise_RichardLerner.pdf, 10.10.2008
- Lerner, R. M./Benson, P. L. (Eds.) (2004): *Developmental Assets and Asset-Building Communities: Implications for Research, Policy, and Practice*. New York: Springer
- Lessenich, S. (2008): Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld
- Leune, J. (2008): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2008*. Geesthacht, S. 171–183
- Leutinger-Bohleber, M./Brandl, Y./Hüther, G. (Hrsg.) (2006): *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Schriften des Sigmund-Freud-Instituts; Reihe 2: Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog, Bd. 4
- Leutinger-Bohleber, M. (2006) Frankfurter Präventionsstudie. Eine Projektbeschreibung. Frankfurt/M.
- Leutinger-Bohleber, M./Staufenberg, A./Fischmann, T. (2007): ADHS: Indikation für psychoanalytische Behandlungen? In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, S. 356–385
- Leven, I./Schneekloth, U. (2007): Die Freizeit: Anregen lassen oder fernsehen. In: *World Vision Deutschland e. V. (Hrsg.): Kinder in Deutschland 2007: 1. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt/M., S. 165–200
- Leventhal, J. M. (1996): Twenty years later: We do know how to prevent child abuse and neglect. In: *Child Abuse and Neglect*, 20, S. 647–653
- Leyk, D./Rüther, T./Wunderlich, M./Heiß, A./Küchmeister, G./Piekarski, C./Löllgen, H. (2008): Sportaktivität, Übergewichtsprävalenz und Risikofaktoren. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 105, S. 793–800
- Lieb, K./Zanarini, M./Schmahl, C./Linehan, M./Bohus, M. (2004): Borderline personality disorder. In: *The Lancet*, 364, S. 453–461
- Liese, A. D./Hirsch, T./von Mutius, E./Keil, U./Leupold, W. et al (2001): Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10 year old children in Germany. In: *International Journal of Obesity*, 25, S. 1644–1650
- Lieven, J. (2007): Das Jugendschutzgesetz – Gesetzestext mit Erläuterungen. Essen
- Limbach-Reich, A. (2008): Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten (SVV). In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.). *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung*. Bd. 4, *Handbuch Sonderpädagogik*. Göttingen, S. 475–499
- Lohaus, A. (1993): *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen
- Lohaus, A./Klein-Heßling, J. (2001): Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter: Befunde, Diagnostik und Intervention. In: *Kindheit und Entwicklung*, 10, S. 148–160
- Lohaus, A./Seiffge-Krenke, I. (2007): Stresssymptomatik. In: Seiffge-Krenke, I./Lohaus, A. (Hrsg.): *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen, S. 177–188
- Lösel, F./Bender, D. (2007²): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* München, S. 57–78
- Lösel, F./Schmucker, M./Plankensteiner, B./Weiss, M. (2006): Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich. Abschlussbericht. Erlangen. <http://www.bmfsfj.de/doku/elternbildungsbereich/>
- Lüders, C. (2000): Ist Prävention gegen Jugendkriminalität möglich? Ansätze und Perspektiven der Jugendhilfe. In: *Zentralblatt für Jugendrecht*, 87, S. 1–9
- Lüders, C. (2008): Instrumentalisierung der Jugendhilfe? Vortrag auf dem 13. Deutschen Kinder- und Jugendhilfe-Tag. Unveröff. Manuskript
- Luhmann, N. (1999²): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/M.
- Luthar, S. S./Cicchetti, D. (2000): The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. In: *Development and Psychopathology*, 12, 857–885
- Lyons-Ruth, K./Jacobowitz, D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York, Guilford, S. 520–574
- MacDonald, T. H. (2005): *Rethinking health promotion: A global approach*. London: Routledge

- MacDonald, T. H. (Ed.) (2003): The social significance of health promotion. London: Routledge
- MacLean, K. (2003): The impact of institutionalization on child development. In: *Development and Psychopathology*, 15, S. 853–884
- Malaguzzi, L. (2002): Hundert Sprachen hat das Kind. In: *Reggio Children* (Hrsg.): *Hundert Sprachen hat das Kind*. Neuwied/Kriftel, S. 28–31
- Mann-Luoma R./Goldapp, C./Khaschei, M. et. al. (2002): Integrierte Ansätze zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 12, S. 952 – 959
- Marmot, M. (2004): The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt
- Marmot, M./Wilkinson, R. G. (Eds.) (2005): *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press
- Mattejat, F./Koenig, U./Borchewitz, C./Felbel, D./Herpertz-Dahlmann, B./Hoehne, D./Janthur, B./Jungmann, J./Katzenski, B./Kirchner, J./Naumann, A./Nölkel, P./Schaff, C./Schulz, E./Warnke, A./Wienand, F./Remschmidt, H. (2005): Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). In: *Kindheit und Entwicklung*, 14, S. 39–47
- Mattejat, F./Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 105, S. 413–418
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2007): JIM Studie (Jugend, Information, (Multi-)Media): Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart. <http://www.mpfs.de/index.php?id=110>, 02.01.2009
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2008): JIM Studie (Jugend, Information, (Multi-)Media): Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart. <http://www.mpfs.de/index.php?id=117>, 02.01.2009
- Mehler-Wex, C./Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 105, S. 149–155
- Meier, S./Milz, S./Krämer, A. (2007): Gesundheitssurvey für Studierende in NRW: Projektbericht. http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitsurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf, 02.07.2008
- Melter, C. (2006): Rassismuserfahrungen in der Jugendhilfe. Eine empirische Studie zu Kommunikationspraxen in der Sozialen Arbeit. Münster
- Melzer, W./Bilz, L./Dümmeler, K. (2008): Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der WHO*. Weinheim, S. 116–140
- Mensink, G. B./Kleiser, C./Richter, A. (2007): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 609–623
- Merta, S. (2008): *Schlank. Ein Körperkult der Moderne*. Stuttgart
- Mesman, J./Bongers, I. L./Koot, H. M. (2001): Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, S. 679–689
- Metzler, H./Meyer, T./Rauscher, C./Schäfers, M./Wansing, G. (2007): Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht. BMAS: Forschungsbericht 366. Bonn
- Metzmacher, C./Rode, H./Scheck, G. (2008): Stabilisieren durch einen „sicheren Ort“. In: *Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales/Amt für soziale Dienste Bremen: SpielRäume 40/41*, S. 41–43
- Meyer, G. (2007): Glücksspiel: Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2008*. Geesthacht, S. 99–115
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern, Huber
- Mielck, A. (2002): *Gesundheitliche Ungleichheit: Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung*. In: Homfeldt, H. G./Laaser, U./Prümel-Philippsen, U./Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.): *Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen*. Neuwied, S. 45–63.
- Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.) (2001): *Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim
- Mikos, L./Wegener, C. (Hrsg.) (2005): *Handbuch Qualitative Medienforschung*. Konstanz
- Mikoteit, T./Riecher-Rössler, A. (2008): Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie. In: *Nervenheilkunde*, 27, S. 513–519
- Miller, T./Pankofer, S. (Hrsg.) (2000): *Empowerment konkret! In: Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis*. Stuttgart
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2008): *Gütesiegel.Familienzentrum NRW*
- Mirowsky, J./Ross, C. E. (2003): *Social causes of psychological distress*. New York: Gruyter/Aldine
- Misoch, S. (2007): *Körperinszenierungen Jugendlicher im Netz: Ästhetische und schockierende Präsentationen*. In: *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 2, S. 139–154.
- Moffitt, T./Caspi, A./Dickson, N./Silva, P./Stanton, W. (1996): Childhood-onset versus adolescent-onset of antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. In: *Development and Psychopathology*, 8, S. 399–424

- Möhler, E./Brunner, R./Wiebel, A./Reck, C./Resch, F. (2006): Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. In: *Archives of Women's Mental Health*, 9, S. 273–278
- Möller, B./Stegemann, T./Romer, G. (2008): Psychosoziale Belastungen bei Kindern körperlich kranker Eltern: Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 51, S. 657–663
- Mühlum, A./Gödecker-Geenen, N. (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München
- Müller, A./Mitchell, J./Mertens, C./Müller, U./Silbermann, A./Burgard, M./de Zwaan, M. (2007): Comparison of treatment seeking compulsive buyers in Germany and the United States. In: *Behaviour Research and Therapy*, 45, S. 1629–1638
- Müller, M. (2006): Reform und Perspektiven des Leistungsrechts im gegliederten Rehabilitationssystem. Eine Untersuchung zur Ausgestaltung der rehabilitationsrechtlichen Leistungskataloge unter besonderer Berücksichtigung verfassungsrechtlicher Maßgaben. Frankfurt/M.
- Münchmeier, R./Otto, H.-U./Rabe-Kleberg, U. (Hrsg.) (2002) (Im Auftrag des Bundesjugendkuratoriums): Bildung und Lebenskompetenz. Kinder- und Jugendhilfe vor neuen Aufgaben. Opladen
- Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Münster
- Myrtek, M./Scharff, T. (2000): Fernsehen, Schule, Verhalten: Untersuchungen zur emotionalen Beanspruchung von Schülern. Bern, Huber
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln
- Nass, E. (2006): Der humangerechte Sozialstaat. Ein sozialethischer Entwurf zur Symbiose aus ökonomischer Effizienz und sozialer Gerechtigkeit. Tübingen
- Neubauer, G./Wilser, A. (2005): Macht Jugendhilfe gesund? Zum Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsförderung. In: *Sozial extra*, 12, S. 29–32
- Neumann-Braun, K./Richard, B. (Hrsg.) (2005): Coolhunters. Jugendkulturen zwischen Medien und Markt. Frankfurt/M.
- Neuner, M./Raab, G./Reisch, L.A. (2008): Kaufsucht bei Jugendlichen. In: Klein, M. (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren: Risiken – Prävention – Hilfen. Stuttgart, S. 162–173
- Niehoff, U. (2005): Care Ethics oder Ethik der Achtsamkeit. Kann sie helfen gegen drohende Vereinsamung behinderter Menschen? In: *Fachdienst der Lebenshilfe*, 1, 1–10
- Nikles, B./Roll, S./Spürck, D./Umbach, K. (2003) Jugendschutzrecht. Kommentar zum Jugendschutzgesetz und zum Jugendmedienschutz-Staatsvertrag (JMStV) mit Erläuterungen zur Systematik und Praxis des Jugendschutzes. Berlin
- Nocon, A./Wittchen, H.-U./Pfister, H./Zimmermann, P./Lieb, R. (2006): Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. In: *Journal of Psychiatric Research*, 40, S. 394–403
- Noeker, M. (2008): Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen
- Noeker, M./Petermann, F. (2008⁶): Chronisch-körperliche Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen, S. 515–531
- NRW (2007): aktion jugendschutz. www.ajs.nrw.de
- Nussbaum, M. (2003): Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. In: *Feminist Economics*, 2/3, 33–60
- O'Connor, T. G./Zeanah, C. H. (2003): Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. In: *Attachment and Human Development*, 5, S. 223–244
- Odgers, C./Moffitt, T./Broadbent, J./Dickson, N./Hancox, R./Harrington, H./Poulton, R./Sears, M./Thomson, M./Caspi, A. (2008): Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. In: *Development and Psychopathology*, 20, S. 673–716
- OECD (2001): Lernen für das Leben. Erste Ergebnisse von PISA 2000
- Oehme, A./Schröer, W. (2008): Never Young: Oder warum das junge Erwachsenenalter nicht nur vom Ende her gedacht werden kann. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): *Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene*, Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 202–215
- Offroadkids (2008): Statistik. <http://www.offroadkids.de/Statistik.13.0.html>, 28.07.2008
- Ogden, J. (2002). *Health and the Construction of the Individual: A Social Study of Social Science*. Oxford: Routledge
- Ohm, H. P./van Ackern, G. (2008): g'sund und g'scheit. Netzwerk für Gesundheit und Bildung in Kindertagesstätten. In: *Blickpunkt öffentliche Gesundheit*, 2, S. 4–5
- Opp, G. (2007²): Schule – Chance oder Risiko? In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, S. 227–244
- Opp, G./Wenzel, E. (2003): Schule: Schutz oder Risikofaktor kindlicher Entwicklung. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart S.84–93
- Opp, E. (2002): Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (Hrsg.): *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*. Loseblattwerk. Neuwied/Kriftel
- Opp, E./Wagner, P. (2008): Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Sport. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

- Opper, E./Worth, A./Wagner, M./Bös, K. (2007): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 879–888
- Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler
- Ostler, T./Ziegenhain, U. (2007): Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung: Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich. In: Ziegenhain, U./Fegert, J. (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München, S. 67–83
- Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986): http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, 23.07.2008
- Otto, H.-U./Rauschenbach, T. (Hrsg.) (2004): Die andere Seite der Bildung. Zum Verhältnis von formellen und informellen Bildungsprozessen. Wiesbaden
- Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hrsg.) (2008): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. Wiesbaden
- Overton, W., Mueller, U./Newman, J. (Eds.) (2007): Developmental Perspectives on Embodiment and Consciousness. New York: Psychology Press
- Owen, C. G./Martin, R. M./Whincup, P. H./Davey Smith, G./Gillman, M. W. et al. (2005): The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: A quantitative review of published and unpublished observational evidence. In: Am J Clin Nutr, 82, S. 1298–1307
- Pabst, A./Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. S36–S46
- Papoušek, M. (2003): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit erkennen und behandeln. Ein diagnostisches und therapeutisches Konzept. In: Nervenheilkunde 22, S. 432–440
- Papoušek, M./Schieche, M./Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern, Huber
- Paschen, P./Saha, R./Baldus, C./Haagen, M./Pott, M./Probst, P./Romer, G. (2007): Evaluation eines präventiven Beratungskonzepts für Kinder körperlich kranker Eltern. In: Psychotherapeut, 52, S. 265–272
- Patterson, G./Forgatch, M./Yoerger, K./Stoolmiller, M. (1998): Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. In: Development and Psychopathology, 10, S. 531–547
- Paul, K./Hassel, A./Moser, K. (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Hollederer, A./Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Huber, S. 35–51
- Paulus, P. (2000): Gesundheitsfördernde Schulen als Gegenpotential zum Leben? In: Altgeld T./Hofrichter P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt/M., S. 235–259
- Paulus, P. (2006): Psychische Gesundheit – Rückgrat für die Seele. In: Fritz, A./Klupsch-Sahlmann, R./Ricken, G. (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule. Neue Kindheit, neues Lernen, neuer Unterricht. Weinheim, S. 138–148
- Paulus, P. (2008): Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in der Kooperation von Jugendhilfe, (Ganztags-)Schulen und anderer Partner unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen der Schülerinnen und Schüler. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Permien, H./Frank, K. (1995): Schöne Mädchen – starke Jungen? Gleichberechtigung (k)ein Thema in Tageseinrichtungen für Schulkinder. Freiburg im Breisgau
- Petermann, F./Koch, U./Hampel, P. (2006): Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. In: Rehabilitation, 45, S. 1–8
- Petermann, F./Niebank, K./Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Berlin
- Petrie, K./Brook, R. (1992): Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. In: British Journal of Clinical Psychology 31, S. 293–300
- Pettinger, R./Rollik, H./BMFSFJ (2005): Familienbildung als Angebot der Jugendhilfe Rechtliche Grundlagen – familiäre Problemlagen – Innovationen. Berlin, <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/familienbildung/root.html>, 03.11.2008
- Pfaff et al. (2007): Schwerbehinderte Menschen 2005. Statistisches Bundesamt – Wirtschaft und Statistik 7. Wiesbaden
- Pfeiffer, C./Möble, T./Kleimann, M./Rehbein, F. (2007): Die PISA-Verlierer: Opfer ihres Medienkonsums. <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/pisaverlierer.pdf>, 10.07.2008
- Pfluger-Jakob, M. (2007): Übergewichtigkeit bei Kindern. http://www.kindergarten-heute.de/beitraege/fachbeitraege/paedagogik_html?k_onl_struktur=729519&einzelbeitrag=995242&archivansicht=1, 05.12.2007
- Pierrehumbert, B./Ramstein, T./Karmaniola, A./Miljkovitch, R./Halfon, O. (2002): Quality of child care in the preschool years: A comparison of the influence of home care and day care characteristics on child outcome. In: International Journal of Behavioral Development, 26, S. 385–396
- Pikler, E., (Hrsg.) (1994): Miteinander vertraut werden. Freiamt
- Pixa-Kettner, U./Bargfrede, S. (2005): Eine ganz normale Familie? Menschen mit Lernschwierigkeiten als Mütter und Väter. In: Wacker, E. et al. (Hrsg.): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg, S. 327–335

- Pluto, L./Gragert, N./Van Santen, E./Seckinger, M. (2007): *Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse*. München
- Poethko-Müller, C./Kuhnert, R./Schlaud, M. (2007): Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 851–862
- Pohl, A. (2008): Junge Erwachsene und Migration. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): *Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene*. Baltmannsweiler, S. 82–103
- Pollak, E./Bullinger, M./Jeske, J./Wiegand-Grefe, S. (2008): Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, S. 301–314
- Pothmann, J./Fendrich, S. (2008): Rückgang der öffentlichen Ersatzerziehung. www.akjstat.unidortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6t, 09.01.2009
- Pothmann/Fendrich (2008): Dimensionierung – Expansion – Ausdifferenzierung. www.akjstat.uni-dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6, 09.01.2009
- Pothmann, J./Fendrich, S. (a): Ambulante Hilfen sind wichtiger werdende Ergänzungs- und Unterstützungsleistungen für Familien. www.akjstat.uni-dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6, 09.01.2009
- Pott, M./Haagen, M./Baldus, C./Saha, R./Romer, G. (2005): Wenn Mütter an Krebs erkranken: Seelische Auswirkungen auf Kinder und präventiver Handlungsbedarf. In: *Zentralblatt für Gynäkologie*, 127, S. 114–119
- Prenzel, A. (2006): *Pädagogik der Vielfalt: Verschiedenheit und Gleichberechtigung in interkultureller, feministischer und integrativer Pädagogik*. Wiesbaden
- Preusker, U. K. (2007): *Das deutsche Gesundheitssystem verstehen: Strukturen und Funktionen im Wandel*. Heidelberg
- Preuss-Lausitz, U. (1997a): Integration und Toleranz – Erfahrungen und Meinungen von Kindern innerhalb und außerhalb von Integrationsklassen. In: Heyer, P. et al.: „Behinderte sind doch Kinder wie wir!“ Gemeinsame Erziehung in einem neuen Bundesland, S. 171–201
- Preuss-Lausitz, U. (1997b): Integrationsforschung: Ergebnisse und ‚weiße Flecken‘. In: Eberwein, H. (Hrsg.): *Handbuch Integrationspädagogik*. Weinheim, S. 299–306
- Preuss-Lausitz, U. (2006): Gewalterfahrung und Gewaltprävention. In: *Die Deutsche Schule*, 98, S. 47–60
- Quadflieg, N./Fichter, M. (2003): The course and outcome of bulimia nervosa. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (Supplement 1), S. 99–109
- Quandt, T./Wimmer, J./Wolling, J. (Hrsg.) (2008): *Der Computerspieler. Studien zur Nutzung von Computergames*. Wiesbaden
- Quindel, R. (2004): *Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle*. Bonn
- Rabbata, S. (2005): Medikamentenmissbrauch: Die stille Sucht. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 102, S. 207
- Raithel, J. (Hrsg.) (2001): *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention*. Opladen
- Raithelhuber, E. (2008): Junge Erwachsene. In: Hanses, A./Homfeldt, H.-G. (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Lebensalter: Eine Einführung*. Baltmannsweiler, S. 152–172
- Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widerspruchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, S. 257–278
- Rath, W. (2001). Studium für Behinderte. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis*. Stuttgart/Berlin/Köln
- Rauh, H. (2007²): Resilienz und Bindung bei Kindern mit Behinderungen. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, S. 175–191
- Rauschenbach, T./Schilling, M. (2008): Spaltet sich die Kinder- und Jugendhilfe? Analysen zu Gewinnen und Verlusten in der Personalstruktur. In: *KOMDAT*, 1/2, S. 2 – 4
- Ravens-Sieberer, U./Ellert, U./Erhart, M. (2007a): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 810–818
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007b): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 871–878
- Razum, O./Zeeb, H. (2004): Suizidsterblichkeit unter Türiinnen und Türiken in Deutschland. In: *Der Nervenarzt*, 75, S. 1092–1098
- Reemtsma, J. P. (1999): Trauma – Aspekte der ambivalenten Karriere eines Konzepts. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT)*, 4, S. 207–214
- Reichle, B. (1999): *Wir werden Familie. Ein Kurs zur Vorbereitung auf die erste Elternschaft*. Weinheim
- Reichwein, S./Freund, Th. (1992): *Jugend im Verband. Karrieren, Action, Lebenshilfe*. Opladen
- Reinicke, P. (2005): Sozialarbeit im Öffentlichen Gesundheitswesen. In: Ortmann, K., Waller, H. (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Baltmannsweiler, S. 35–51

- Reinowski, E./Steiner, C. (2006): Armut von jungen Erwachsenen in der Bundesrepublik. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 75, S. 89–107
- Reis, O./Fegert, J./Häßler, F. (2006): Muster polyvalenten Drogengebrauchs bei niedrigschwellig betreuten Jugendlichen. In: Sucht, 52, S. 305–316
- Remschmidt, H. (1998): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Rost, D. H. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. Weinheim, S. 226–232
- Remschmidt, H. (2005): Zwischen Einsamkeit und Hoffnung: Wie Kinder und Jugendliche ihre seelische Erkrankung erleben. In: Deutsches Ärzteblatt, 102, S. A1794–A1798
- Rheinland-Pfalz. Landesjugendamt und Landesjugendhilfeausschuss 2004 www.landesjugendamt.de
- Richter, A. (2002): Resilienz – ein Garant für Gesundheit? In: Impulse 37, Newsletter zur Gesundheitsförderung, 4, S. 9
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden
- Richter, M./Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München
- Richter-Kuhlmann, E. (2008): Arzneimittel für Kinder: Häufig am Rand der Legalität. In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. A257–A258
- Riedel, B. (2008): Kinder mit Behinderungen. In: Deutsches Jugendinstitut/Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut Universität Dortmund (Hrsg.), Zahlenspiegel 2007: Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik (S. 141–157). München/Dortmund. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/Zahlenspiegel2007,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, 28.01.2009
- Riedesser, P. (2003): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart, S. 160–171
- Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.) (2008): Soziale Arbeit und Lebensalter: Junges Erwachsenenalter, Bd. 4. Baltmannsweiler
- Robert Koch Institut (RKI) (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (2003): Gesundheit allein-erziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Hefts, 14. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (2005a): Armut bei Kindern und Jugendlichen. 2. überarbeitete Neuauflage. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (2005b): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (2006a): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch Instituts (2. Welle). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.rki.de/cln_100/nn_201180/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel04,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gstel04.pdf, 24.07.2008
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2006b): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=38925499&p_lfd_nr=1, 29.05.2008
- Robert Koch Institut (RKI) (2008a): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Unveröffentlichte Sonderauswertung des Robert-Koch-Instituts für den 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2008b): Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2008c): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2008d): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Aktuelle epidemiologische Daten. In: Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A/2008
- Robert Koch Institut (RKI) (2008e): HIV/AIDS in Deutschland: Eckdaten. http://www.rki.de/cln_100/nn_195960/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/EckdatenDeutschland.pdf, 22.07.2008
- Robert Koch Institut (RKI) (2008f): Bestätigte HIV-Antikörperteste in der Bundesrepublik Deutschland. Valide Ersttestungen vom 01.01.1993 bis zum 31.12.2007. Stand: 01.03.2008. Berlin
- Robert Koch Institut (RKI) (2008g): Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland. Stand: 31.12.2007. Berlin
- Robert-Koch-Institut (2008h): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Röhnsch, G. (2004): Belastungserleben und Bewältigungsversuche von Straßenjugendlichen. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 56, S. 32–36

- Röhrle, B. (2008): Sichtung und fachliche Bewertung von Evaluationsprogrammen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Rohrmann, E. (2004): Weggelaufene Kinder, verlassene Eltern und Geschwister: Zur Situation von Kindern und Jugendlichen auf der Straße und ihren zurückgelassenen Familien. In: Sozialmagazin, 29, S. 10–22
- Romer, G./Paschen, B./Haagen, M. (2005): Kinder körperlich kranker Eltern: Seelische Gesundheitsvorsorge durch frühzeitige Beratung. In: Kind, Jugend, Gesellschaft, 50, S. 87–94
- Romeu Gordo, L. (2006): Effects of short- and long-term unemployment on health satisfaction: Evidence from German data. In: Applied Economics, 38, S. 2335–2350
- Roos, S. (2007): Depressionen im Kindes- und Jugendalter aus geschlechtsspezifischer Perspektive. In: Betrifft Mädchen, 20, S. 68–74
- Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt/M.
- Rose, U./Jacobi, F. (2006): Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen: Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. In: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin, 41, S. 556–564
- Rosenbauer, N. (2008): Unvollendete Selbständigkeit: Junge Volljährige in den Erziehungshilfen. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene, Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 150–173
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006²): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern, Huber
- Rosenbrock, R./Michel, C. (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin
- Rosenhagen, G. (2005): Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In: Ortman, K./Waller, H. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Grundlagen der Sozialen Arbeit (13). Baltmannsweiler, S. 76–87
- Rosner, R. (2008⁶): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie. Göttingen, S. 395–412
- Rösner, S./Steiner, S./Kraus, L. (2008): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. S47–S56
- Roth, J. L./Brooks-Gunn, J. (2003a): What exactly is a youth development program? Answers from research and practice. In: Applied Developmental Science, 7, S. 94–111
- Roth, J. L./Brooks-Gunn, J. (2003b): What is a youth development program? Identifying defining principles. In: R. M. Lerner/F. Jacobs/D. Wertlieb (Eds.): Promoting positive child, adolescent, and family development: A handbook of program and policy innovations (Vol. 2). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., S. 197–224
- Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, Nr. 609
- Rowe, R./Maughan, B./Pickles, A./Costello, E. J./Angold, A. (2002): The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, S. 365–373
- Rübenach, S. (2007): Todesursache Suizid. In: Wirtschaft und Statistik, 10, S. 960–971
- Rückert, N./Ondracek, P./Romanenkova, L. (2006): Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese. Berlin
- Rusch-Hübner, I./Hübner, S. (2007): Gesund durch die Freizeit. Ein Praxis-Leitfaden für die Kinder- und Jugendarbeit. Bundjugend Hessen, Neumarkt
- Rutter, M. (1987): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: American Journal Orthopsychiatry 57, S. 316–331
- Rutter, M./Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorder: Effects on children. In: Psychological Medicine, 14, S. 853–880
- Rutter, M./Smith, D. J. (1995): Towards causal explanations of time trends in psychosocial disorders of young people. In: M. Rutter/D. J. Smith (Hrsg.), Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes. New York: Wiley. S. 783–807
- Rutter, M./Sroufe, L.A. (2000): Developmental psychopathology: Concepts and challenges. In: Development and Psychopathology, 12, S. 265–296
- Saar, M. (2007): Macht, Staat, Subjektivität. Foucaults Geschichte der Gouvernementalität im Werkkontext. In: Krasmann, S./Volkmer, M. (Hrsg.): Michel Foucaults Geschichte der Gouvernementalität in den Sozialwissenschaften. Bielefeld, S. 23–45
- Sachße, C. (1986): Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871–1929. Frankfurt/M.
- Sachße, C./Tennstedt, F. (1988): Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871–1929. Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
- Sachverständigenkommission des 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2002): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen (Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Bd.4). München
- Sahakian, B./Morein-Zamir, S. (2007): Professor's little helper. Nature, 450, S. 1157–1159
- Salbach-Andrae, H./Lenz, K./Klinkowski, N./Pfeiffer, E./Lehmkuhl, U. (2007): Selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Jugendlichen. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55, S. 185–193
- Sameroff, A. J. (2000): Developmental systems and psychopathology. In: Development and Psychopathology, 12, S. 297–312

- Sander, A. (1998): Schulorganisatorische Formen und Aspekte. In: M. Rosenberger (Hrsg.). Schule ohne Aussonderung – Idee, Konzepte, Zukunftschancen. Neuwied/Kriftel, S. 54–65
- Sander, E./Lange, A. (2008): „Die Jungs habe ich über die Lokalisten kennen gelernt“. Vernetzung unter Gleichaltrigen. (Themenheft: Lebenswelt Netz) In: merz zeitschrift für medienpädagogik, 52, Nr. 3, S. 24–31
- Sann, A. (2007): Vernetzung als Antwort auf die Versäulung der sozialen Dienste Schriftfassung eines Vortrags im Fachforum 5 der Bundesfachtagung des pfv am 29.09.2007 in Hannover: „Damit das Kind nicht in den Brunnen fällt – Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen“. München, unveröffentl. Manuskript
- Sarimski, K. (2002): Psychische Probleme chronisch kranker Kinder. In: Esser, G. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart S. 444–454
- Sarimski, K. (2007): Understanding mental health problems among children with mental retardation from a biopsychological perspective. In: European Journal of Developmental Science, 1, S. 65–81
- Sarimski, K. (2008): Kooperation mit Kindertageseinrichtungen mit Frühförderstellen bei der Unterstützung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen. In: Pädagogische Hochschule Heidelberg (Hrsg.): Perspektiven zur pädagogischen Professionalisierung – Aspekte zur Elementarbildung II. Nördlingen, S. 5–10
- Sass, H./Wittchen, H.-U./Zaudig, M./Houben, I. (Hrsg.) (1998): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen
- Scales, P. C./Benson, P. L./Leffert, N./Blyth, D. A. (2000): Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. In: Applied Developmental Science 4, S. 27–46
- Scales, P. C./Benson, P. L./Mannes, M. (2006): The contribution to adolescent well-being made by nonfamily adults: An examination of developmental assets as contexts and processes. In: Journal of Community Psychology, 34, S. 401–413
- Schäfer, G. E. (1995): Bildungsprozesse im Kindesalter. Selbstbildung, Erfahrung und Lernen in der frühen Kindheit. Weinheim/München
- Schäfer, M./Albrecht, A. (2004): „Wie du mir, so ich dir?“. Prävalenz und Stabilität von Bullying in Grundschulklassen. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 51, S. 136–150
- Schäfer, N. (2002): Jugend- und Drogenberatung als integriertes Modell. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Sucht im Jugendalter: Ein Thema Drei Hilfesysteme. Tagungsdokumentation einer Kooperationsveranstaltung des Dezernates Gesundheit/Heilpädagogische Heime und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln, S. 69–72
- Schäfers, M. (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Wiesbaden
- Schäfers, M./Wacker, E./Wansing, G. (2009): Persönliches Budget im Wohnheim. Den Umgang mit Verschiedenheit lernen. Wiesbaden
- Schaub, G. (2000): Arbeitsassistenz: Ambulantes Arbeitstraining für junge Behinderte. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Fit für Leben und Arbeit. Neue Praxismodelle zur sozialen und beruflichen Integration von Jugendlichen. München, S. 103–113
- Scheeringa, M. S./Gaensbauer, T. J. (2000²): Post-traumatic stress disorder. In: Zeanah, C.H. (Hrsg.): Handbook of infant mental health. New York, Guilford Press, S. 369–381
- Scheidt-Nave, C./Ellert, U./Thyen, U./Schlaud, M. (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 750–756
- Scheithauer, H./Hayer, T./Dele Bull, H. (2007): Gewalt an Schulen am Beispiel von Bullying: Aktuelle Aspekte eines populären Themas. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie, 38, S. 141–152
- Scheithauer, H./Hayer, T./Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern: Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. Göttingen
- Scheithauer, H./Niebank, K./Gottlieb, G. (2007): To see an elephant: Developmental science. In: European Journal of Developmental Science, 1, S. 6–22
- Scheithauer, H./Niebank, K./Petermann, F. (2000): Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In: Petermann, F./Niebank, K./Scheithauer, H. (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre, Göttingen, S. 65–97
- Schels, B. (2007): Jugendarbeitslosigkeit und psychisches Wohlbefinden. IAB-Forschungsbericht Nr. 13/2007. <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2007/fb1307.pdf>, 23.07.2008
- Schenk, L./Knopf, H. (2007): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 653–658
- Scheuerer-Englisch, H. (2007): Bindungssicherheit fördern: Eine wesentliche Aufgabe der Erziehungs- und Familienberatung. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 54, S. 161–174
- Schiersmann, Chr./Thiel, H.-U./Fuchs, K./Pfizenmaier, E. (1998): Innovationen in Einrichtungen der Familienbildung. Eine bundesweite empirische Institutionenanalyse. Opladen

- Schlack, H. G. (2004): Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. *Kinderärztliche Praxis*, 75, S. 292–299
- Schlack, R./Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 819–826
- Schlack, R./Hölling, H./Kurth, B.-M./Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 827–835
- Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 701–710
- Schlüter, A./Engelhardt, Th. (2007): Gesundheit beginnt im Kopf. Gesundheit und Jugendbildung. In: *Deutsche Jugend*, S. 369–375 oder www.ljrbw.de/ljr/projekte/sonstige/download/artikel_zum_ljr_projekt_gesundheit.pdf, 06.02.2009
- Schmeck, K. (2004): Störungen des Sozialverhaltens. In: Eggers, C./Fegert, J./Resch, F. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Heidelberg, S. 850–873
- Schmetz, D. (2001): Sexualerziehung. In: Antor, G./Belidick, U. (Hrsg.): *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis*. Stuttgart, Berlin, Köln, S. 386–389
- Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim/München
- Schmid, M. (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: *Trauma und Gewalt*, 4, S. 288–309
- Schmid, M./Schielke, A./Fegert, J./Kölch, M. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern: Eine Befragung von stationär behandelten Eltern. In: *Nervenheilkunde*, 27, S. 521–526
- Schmid, M./Schmeck, K. (2008⁶): Persönlichkeitsstörungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen, S. 495–512
- Schmidt, B./Kolip, P. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München
- Schmidt, M. (2004): Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 101, S. A2356–A2541
- Schmidt, S./Thyen, U. (2008): Was sind chronisch kranke Kinder? In: *Bundesgesundheitsblatt*, 51, S. 585–591
- Schmidt, W. (2003): Kindersport im Wandel der Zeit. In: Schmidt, W./Hartmann-Tews, I./Brettschneider, W. D. (Hrsg.): *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*, Schorndorf. S.109–126
- Schmidt, W. (2008): Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit. Schorndorf
- Schmidt-Semisch, H./Schorb, F. (Hrsg.) (2008): *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden
- Schnabel, P.-E. (2001): *Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim
- Schneider, S. (2003a): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin, S. 3–16
- Schneider, S. (2003b): Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin, S. 56–77
- Schneider-Rosen, K./Cicchetti, D. (1984): The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. In: *Child Development*, 55, S. 648–655
- Schöler, J./Fritsche, R./Schastok, A. (2005): *Ein Kindergarten für Alle*. Cornelsen Scriptor
- Schone, R. (2008) *Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der AGJ*. Berlin
- Schone, R./Wagenblass S. (2002): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Weinheim/München
- Schore, A. N. (2001): The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. In: *Infant Mental Health Journal*, 22, S. 201–269
- Schore, A. N. (2003): Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. In: Solomon, M. F./Siegel, D. J. (Eds.): *Healing trauma. Attachment, mind, body and brain*. New York, Norton, S. 107–167
- Schröder, U. (2003): Die Sonderschule als Lernort für Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf. In: Leonhardt, A./Wember, F. B. (Hrsg.): *Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung. Erziehung. Behinderung*. Weinheim/Basel/Berlin, S. 743–769
- Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.) (2009): *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*. Wiesbaden
- Schroer, M. (Hrsg.) (2005): *Soziologie des Körpers*. Frankfurt

- Schüller, S. (2005): „Wie geht es hier bitte zum Arbeitsmarkt?“ Sackgassen und neue Wege der beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. In: Wacker, E. et al. (Hrsg.): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg, S. 101–114
- Schuller, T./Preston, J./Hammond, C./Brassett-Grundy, A./Bynner, J. (2004): The Benefits of Learning. The impact of education on health, family life and social capital. London, New York, Routledge & Falmer
- Schulte-Körne, G./Remschmidt, H. (2003): Legasthenie: Symptomatik, Diagnostik, Ursachen, Verlauf und Behandlung. In: Deutsches Ärzteblatt, 100, S. A396–A406
- Schulte-Markwort, M./Richterich, A./Forouher, N. (2008²): Affektive Störungen. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 771–800
- Schulze-Krüdener, J. (1999): It's body time! Sport als Herausforderung für die Jugendarbeit. In: Homfeldt, G./Merten, R./Schulze-Krüdener, J. (Hrsg.): Grundlagen der Sozialen Arbeit, Bd. 2. „Sozialer Brennpunkt“ Körper. Körpertheoretische und -praktische Grundlagen für die Soziale Arbeit. Hohengehren, S. 204–216
- Schwartz, F. W./Janus, K. (2006): Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld. In: Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Wiesbaden, S. 72–85
- Schwarzer, R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Kompetenzressource. In: Diagnostica, 40, S. 105–123
- Schwenkmezger, P. (1993): Psychologische Aspekte des Gesundheitssports. In: Gabler, H./Nitsch, J. R./Singer, R.: Einführung in die Sportpsychologie, S. 204–221
- Schwier, J. (2008): Inszenierungen widerspenstiger Körperlichkeit. Zur Selbstmediatisierung jugendlicher Sportszenen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 28, 3, S. 271–282
- Seegers, G. (2002): Ambulante Hilfen und Beratung in der Suchtkrankenhilfe. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Sucht im Jugendalter: Ein Thema Drei Hilfesysteme. Tagungsdokumentation einer Kooperationsveranstaltung des Dezernates Gesundheit/Heilpädagogische Heime und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln, S. 47–51
- Seger, W./Schian, H. M./Steinke, B. et al. (2004): Gesundheits-, sozial-, gesellschafts- und organisationspolitische Auswirkungen der Anwendung der ICF auf eine integrierte Rehabilitation – Vision der Umsetzung und ihre Folgen. In: Gesundheitswesen 66, S. 393–399
- Seidel, M. (2003): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In: Geistige Behinderung, 42, S. 244–254
- Seifert, B. (2002): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkung sozialer Benachteiligung. In: Sachverständigenkommission 11. Kind- und Jugendbericht (Hrsg.). Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht, Bd. 4. München, S. 87–173
- Seifert, B. (2007): Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe – es gibt noch viel zu tun. In: Forum Jugendhilfe, 2, S. 70–79
- Seiffge-Krenke, I. (2006): Nach PISA: Stress in der Schule und mit den Eltern. Göttingen
- Seiffge-Krenke, I. (2008a): Schulstress in Deutschland: Ursachen, Häufigkeiten und internationale Verteilung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 3–19
- Seiffge-Krenke, I. (2008b): Partnerschaft, Beziehung und Gründung einer eigenen Familie. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene, Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 36–50
- Seiffge-Krenke, I./Skaletz, C. (2006): Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Ergebnisse einer Literaturrecherche. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55, S. 73–90
- Seiffge-Krenke, I./Welter, N. (2008): Mobbing, Bullying und andere Aggressionen unter Schülern als Quelle von Schulstress: Inwieweit sind die „Opfer“ daran beteiligt? In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 60–74
- Sen, A. (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München
- Sennett, Richard (1998): Der Verfall des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität. Frankfurt/M
- Sheridan, S./Eagle, J./Dowd, S. (2006): Families as contexts for children's adaptation. In: Goldstein, S./Brooks, R. (Hrsg.), Handbook of resilience in children. New York, Springer, S. 165–179
- Shilling, C. (Ed.) (2007): Embodying sociology: Retrospect, progress and prospects. Oxford, Blackwell
- Sichtermann, B. (2007): Pubertät. Not und Versprechen. Weinheim
- Siegel, D. J. (1999): The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford Press
- Siegrist, J./Marmot, M. (2008): Einleitung. In: Siegrist, J./Marmot, M. (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, Huber, S. 15–44
- Silbereisen, R./Kastner, P. (1985): Jugend und Drogen: Entwicklung von Drogengebrauch – Drogengebrauch als Entwicklung? In: R. Oerter (Hrsg.): Lebensbewältigung im Jugendalter (S. 201–215). Weinheim
- Sills, M./Shetterly, S./Xu, S./Magid, D./Kempe, A. (2007): Association between parental depression and children's health care use. In: Pediatrics, 119, S. 829–836

- Simeonson, R. J./Leonardi, M./Bjorck-Akesson, E./Hollenweger, J./Lollar, D. (2003): Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to measure childhood disability. In: *Disability & Rehabilitation*, 25, S. 602–610
- Simeonson, R. J./Leonardi, M./Bjorck-Akesson, E./Hollenweger, J./Lollar, D./Martinuzzi, A./TenNapel, H. (2006): ICF-CY: A universal tool for practice policy and research (Document P107). Meeting of the WHO collaborating centres for the family of international classifications. Tunis, 29.10.-04.11.2006. <http://www.rivm.nl/who-fic/Annuals/Tunis%20P107%20-%20ICF-CY%20a%20universal%20tool%20for%20practice%20policy%20and%20research.pdf>, 22.09.2008
- Simoes, E./Kunz, S./Bosing-Schwenkglens, M./Schwoerer, P./Schmahl, F.W. (2003): Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge – ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998–2001. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 63, S. 538–545
- Simon, M. (2008²): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern, Huber
- Singer, S./Brähler, E. (2007): Die ‘Sense of Coherence Scale’. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen
- Sinus-Sociovision (2007): Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. http://www.sinus-sociovision.de/Download/Report_Migranten-Milieus_16102007_Auszug.pdf, 6.11.08
- Skinner, E./Edge, K. (1998): Reflections on coping and development across the lifespan. In: *International Journal of Behavioral Development*, 22, S. 357–366
- Smyke, A. T./Dumitrescu, A. Zeanah, C. H. (2002): Disturbances of attachment in young children. In: *The continuum of caretaking causality*. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, S. 972–982
- Sohns, A. (2001): Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der Frühförderstellen in Mecklenburg-Vorpommern – eine Bestandsaufnahme, Neubrandenburg 2001. <http://www.fh-nordhausen.de/uploads/media/RahmenbedingungenQualitaetsstandardsFruehfoerderstellenMV.pdf>, 26.01.2008
- Solomon, Z. (1995): From denial to recognition: Attitudes toward Holocaust Survivors from World War II to the present. In: *Journal of Traumatic Stress*, 8, S. 215–228
- Sommerfeld, P./Hüttemann, M. (Hrsg.) (2007): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Baltmannsweiler
- Späth, K. (2004): Rechtliche Grundlagen für die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im SGB IX. In: Fegert, J./Schraper, C. (Hrsg.): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim/München, S. 499–504
- Specke, H. K. (2005): *Gesundheitsmarkt in Deutschland*. Bern, Huber
- Sroufe, L. A./Egeland, B./Carlson, E./Collins, W. (2005): *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford
- Stadler, C./Rohrmann, S./Knopf, A./Poustka, F. (2007): Sozio-moralisches Denken bei Jungen mit einer Störung des Sozialverhaltens: Der Einfluss von Intelligenz, Erziehungsfaktoren und psychosozialer Belastung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, S. 169–178
- Stadt Stuttgart, Jugendamt und Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (2002): *Integration Zweijähriger in den Kindergarten. Abschlußbericht*. Stuttgart
- Stanat, P./Artelt, C./Baumert, J./Klieme, E./Neubrand, M./Prenzel/Schiefele, M. u. a. (2000): *PISA 2000: Die Studie im Überblick. Grundlagen, Methoden und Ergebnisse*. http://www.mpib-berlin.mpg.de/pisa/PISA_im_Ueberblick.pdf, 07.05.2008
- Stang, W. (1989): *Lernen visueller Kontingenzen bei dreimonatigen Säuglingen*. Diplomarbeit. Freie Universität Berlin
- Starker, A./Lampert, T./Worth, A./Oberger, J./Kahl, H./Bös, K. (2007): Motorische Leistungsfähigkeit. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 775–783
- Statistisches Bundesamt (2006): *Krankenhausstatistik, Fachserie VIII-A Gesundheit*. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2006a): *Pressebroschüre Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004*. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Gesundheit/Pressebroschuere,property=file.pdf>, 13.10.2008
- Statistisches Bundesamt (2007): *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der vollstationären Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2006*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007a): *Gesundheit – Personal. 1997 bis 2006 (erschienen am 13.12.2007)*. https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cm_spath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021368, 21.07.2008
- Statistisches Bundesamt (2007b): *Statistik der schwerbehinderten Menschen 2005: Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2005 nach Altersgruppen in Deutschland*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008): *Anzahl der durch Suizid Gestorbenen im Jahr 2007 nach Alter und Geschlecht in Deutschland*. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2008a): *Bevölkerung nach Altersgruppen und Bundesländern 1991 bis 2006*
- Statistisches Bundesamt (2008b): *Diagnose Alkohol: Anzahl junger Patienten weiterhin hoch. Zahl der Woche Nr. 004 vom 29.01.2008* http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zdw/2008/PD08__004__p002,templateId=renderPrint.psml, 09.07.2008

- Statistisches Bundesamt (2008c): Integrationsschüler/-innen mit sonderpädagogischer Förderung im Schuljahr 2006/2007
- Statistisches Bundesamt (2008d): Klassen, Schüler/-innen und Ausländer/-innen in Förderschulen nach Klassentypen, sonderpädagogischen Förderschwerpunkten und Ländern im Schuljahr 2006/2007
- Statistisches Bundesamt (2008e): Krankheitskosten in Millionen Euro aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und ICD-10-Diagnose im Jahr 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/391745429/95099433; 16.12.2008
- Statistisches Bundesamt (2008f): Sterbeziffer der durch Suizid Gestorbenen je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht von 1980 bis 2007 in Deutschland. Bonn
- Stauber, B. (2008): Junges Erwachsenenalter und Geschlecht. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene, Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 126–148
- Stauber, B./Pohl, A./Walther, A. (Hrsg.) (2007): Subjekt-orientierte Übergangsforschung. Weinheim
- Stauber, B./Walther, A. (2002): Junge Erwachsene. In: Schröer W./Struck, N./Wolff, M. (Hrsg.), Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, S. 113–143
- Steen, R. (2005): Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. München
- Steil, R./Rosner, R. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen. Göttingen
- Steinhausen, H.-C. (2003): The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. In: American Journal of Psychiatry, 160, S. 798
- Sting, S. (2002): Gesundheit. In: Schröer, W./Struck, N./Wolff, M. (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim/München, S. 413–426
- Sting, S. (2008): Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Sting, S. (2008a): Gesundheit. In: Coelen, Th./Otto, H.-U. (Hrsg.): Grundbegriffe Ganztagsbildung. Das Handbuch. Wiesbaden, S. 289–298
- Sting, S./Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern der sozialen Arbeit. Weinheim/Basel
- Stolle, M./Sack, P.-M./Thomasius, R. (2007): Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt, 104, S. A2061–A2070
- Stöppler, R. (2008): Selbstbestimmte Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.). Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen, S. 562–577
- Straus, F. (2008): Gesundheitsprävention und -förderung bei jungen Erwachsenen in Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendhilfe. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript
- Straus, F./Dill, H./Gmür, W./Höfer, R./Keupp, H. (2008). Die Entwicklung von KinderTageszentren in München. München: IPP Projektberichte
- Straus, F./Höfer, R. (2000): Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. Überlegungen zur Interdependenz von (Widerstands-)Ressourcen. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim/München, S. 115–128
- Streeck-Fischer, A. (2006): Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart
- Stroß, A. M. (2006): Von der Gesundheitserziehung Erster Ordnung zur Gesundheitserziehung Zweiter Ordnung. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 29, S. 34–37
- Struppe, U. (2008): Grundsätze der Integrations- und Diversitätspolitik der Stadt Wien. In: Politics of Diversity. Dossier der Heinrich-Böll-Stiftung. http://www.migration-boell.de/web/diversity/48_1738.asp, 06.11.2008
- von Suchodoletz, W. (2003): Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 151, S. 31–37
- Süddeutsche Zeitung (2008): Andrang bei Beratung für Spielsüchtige. In: Süddeutsche Zeitung, Nr. 231 v. 4/5.10.2008, S. 51
- Summer, E. (2008): Macht die Gesellschaft depressiv? Alain Ehrenbergs historische Verortung eines Massenphänomens im Licht sozialwissenschaftlicher und therapeutischer Befunde. Bielefeld
- Sygyusch, R. (1999): Gut drauf durch Sport? Geschlechtsspezifisches Erleben von Körper und Gesundheit sportlich aktiver Jugendlicher. In: Diskurs, 2, S. 40–50
- Szagun, B./Walter, K. (2006): Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Kirch, W./Badura, B. (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1. und 2. Dezember 2005. Heidelberg, S. 219–241
- Taylor, C. (1995): Das Unbehagen an der Moderne. Frankfurt/M.
- Tenorth, H.-E. (2002): Apologie einer paradoxen Technologie – über Status und Funktion von „Pädagogik“. In: Böhm, W (Hrsg.): Pädagogik – wozu und für wen? Stuttgart, S. 70–99
- Terre des Hommes (TdH) (2008): Straßenkinder: Daten und Fakten Deutschland. <http://www.tdh.de/content/themen/schwerpunkte/strassenkinder/daten.htm>; 28.07.2008

- Theunert, H./Gebel, C. unter Mitarbeit von Brüggem, N./Lauber, A. (2007): Fokuspunkte und Optimierungshinweise zum Jugendmedienschutz aus der alltagspraktischen Perspektive. Zusammenfassende Reflexion und Interpretation der Ergebnisse der JFF-Teilstudie. JFF – Institut für Medienpädagogik in Forschung und Praxis München. http://www.jff.de/dateien/JFF_JMS_Kurzfassung.pdf, 06.02.2009
- Theunert, H./Wagner, U./Gebel, S./Eggert, S.: (2005): Medien als Orte informellen Lernens im Prozess des Heranwachsens. In: Grunert, C./Helsper, W./Theunert, H./Gogolin, I.: Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum Zwölften Kinder- und Jugendbericht Bd. 3. München, S. 175–300
- Theunissen, G. (Hrsg.) (2007): Handlexikon geistige Behinderung. Stuttgart
- Theunissen, G./Plaute, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg
- Thiels, Cornelia (2004): Belastungen in der Kindheit und Jugend Essgestörter. In: Psychotherapeut, 49, S. 21–26
- Thimm, W./Wachtel, G. (2002): Familien mit behinderten Kindern: Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme. Weinheim
- Thomasius, R./Jung, M./Schulte-Markwort, M. (2008²): Suchtstörungen. In: Blanz, B./Renschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 885–918
- Thust, W. (1998): Moderate Veränderungen: Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31.12.1997. In: Deutsches Ärzteblatt, 15 (Supplement), S. 3–19
- Tietze, W./Bolz, M./Grenner, K./Schlecht, D./Wellner, B. (2007): Krippen-Skala (KRIPS-R). Feststellung und Unterstützung pädagogischer Qualität in Krippen. Berlin
- Tietze, W./Roßbach, H.-G./Stendel, M./Wellner, B. (2007a): Hort/Ganztagsangebote-Skala (HUGS). Feststellung und Unterstützung pädagogischer Qualität in Horten und Außerunterrichtlichen Angeboten. Berlin
- Treumann, K. P./Meister, D.M./Sander, U./Burkatzki, E./Hagedorn, J./Kämmerer, M./Strotmann, M./Wegener, C. (2007): Medienhandeln Jugendlicher. Mediennutzung und Medienkompetenz. Bielefelder Medienkompetenzmodell. Wiesbaden
- Trocme, N./MacMillan, H./Fallon, B./De Marco, R. (2003): Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect. In: Canadian Medical Association Journal, 169, S. 911–915
- von Troschke, J./Mühlbacher, A. (2005): Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege. Querschnittsbereich 3. Bern, Huber
- Tschöpe-Scheffler, S. (Hrsg.) (2005): Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht. Opladen
- Tschöpe-Scheffler, S./Wirtz, W. (2008): Familienbildung – institutionelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. In: Diller, A./Heitkötter, M./Rauschenbach, T. (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. München, S. 157–177
- Tschöpe-Scheffler, S. (2008): Unterstützungsangebote zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung oder: Starke Eltern haben starke Kinder. In: Bastian, P./Diepholz, A./Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster/New York, S. 59–81
- Tulchinsky, T./Varavikova, E. A. (2000): The New Public Health: An Introduction for the 21st Century. New York, Academic Press
- Tzschetzsch, W. (2007): Straßenkinder in Deutschland. In: Deutsches Kinderhilfswerk (Hrsg.), Kinderreport Deutschland 2007: Daten, Fakten, Hintergründe. Freiburg im Breisgau, S. 89–95
- Umweltbundesamt (2007): Wie Schadstoffe und Lärm die Gesundheit unserer Kinder belasten. <http://www.umweltbundesamt.de/gesundheit/survey>, 24.07.2008
- US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. (1999): Child maltreatment 1997: Reports from the states to the National Child Abuse and Neglect Data System. US Government Printing Office, Washington, DC
- Uttendörfer, J. (2008): Traumazentrierte Pädagogik. In: Unsere Jugend, S. 50–65
- Vennemann, M./Fischer, D./Findeisen, M. (2003): Kindstodinzidenz im internationalen Vergleich. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 151, S. 510–513
- Vereinte Nationen (UNO) (1998): World Disability Report. Genf: United Nations Organization
- Verny, T. (2004): Bonding, Teil 1. In: Deutsche Hebammenzeitschrift, 2, S. 59–60
- Vitaro, F./Pedersen, S./Brendgen, M. (2007): Children's disruptiveness, peer rejection, friend's deviancy, and delinquent behaviours: A process-oriented approach. In: Development and Psychopathology, 19, S. 433–453
- Vitaro, F./Tremblay, R./Bukowski, W. (2001): Friends, friendships and conduct disorder. In: Hill, J./Maughan, B. (Eds.), Conduct disorders in childhood and adolescence. Cambridge, Cambridge University Press, S. 346–378
- Vloet, T./Herpertz, S./Herpertz-Dahlmann, B. (2006): Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens: Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, S. 101–115
- Volkert, J. (2005): Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen. In: Sens, A.: Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Wiesbaden

- von Voss, H./von Kries, R. (2007): Sozialpädiatrie. In: Koletzko, B. (Hrsg.): Kinder- und Jugendmedizin. Heidelberg
- Wabitsch, M. (2004): Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 47, S. 251–255
- Wacker, E. (2008): Soziologische Ansätze: Behinderung als soziale Konstruktion. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.). Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen, S. 115–158.
- Wacker, E. (2008a): Selbstbestimmung und Behinderung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 40, S. 11–27
- Wacker, E. (2008b): Umgang mit Vielfalt, ressourcenförderliche Umwelten und die Konstruktion der „Behinderung“ nach ICF. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006, S. 3353 ff
- Wacker, E./Bosse, T./Niehoff, U./Schäfer, M./Wansing, G./Zalfen, B. (Hrsg.) (2005): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg
- Wahl, K./Hees, K. (Hrsg.) (2007): Helfen „Super Nanny“ und Co.? Ratlose Eltern – Herausforderung für die Elternbildung. Mannheim
- Wahlbeck, K./Mäkinen, M. (Hrsg.) (2008): Prevention of depression and suicide. Consensus paper. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_depression_en.pdf, 04.09.2008
- Waldschmidt, A. (2005): Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 29 (1), S. 9–31
- Waldschmidt, A./Schneider, W. (Hrsg.) (2007): Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Bielefeld
- Waller, H. (2007): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. Stuttgart
- Walter, Joachim (1996⁴). Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg (4. Auflage).
- Wansing, G. (2005): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden
- Warnke, A. (2005): Psychische Störungen. In: Speer, C. P./Gahr, M. (Hrsg.): Pädiatrie. Heidelberg, S. 1159–1206
- Warnke, A./Plume, E. (2008⁶): Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 189–205
- Warnke, A./Schulte-Körne, G. (2008²): Umschriebene Entwicklungsstörung des Lesens und der Rechtschreibung. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 534–569
- Watson, J. (2000): Male bodies. Health, culture and identity. Buckingham, Open University Press
- Weber, A./Hörmann, G./Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: Deutsches Ärzteblatt, 104, S. A2957–A2962
- Weichold, K./Silbereisen, R. K. (2007): Positive Jugendentwicklung und Prävention. In: Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Bd. 3: Kinder und Jugendliche. Tübingen, S. 103–125
- Weindrich, D./Jennen-Steinmetz, C./Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. (2000): Epidemiology and prognosis of specific disorders of language and scholastic skills. In: European Child and Adolescent Psychiatry, 9, S. 186–194
- Weinfield, N. S./Sroufe, L. A./Egeland, B./Carlson, E. A. (1999): The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.): Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. New York, Guilford, S. 68–88
- Weiß, A./Diefenbach, H. (2006): Menschen mit Migrationshintergrund. Datenerfassung für die Integrationsberichterstattung. Gutachten für das Statistische Amt und die Stelle für interkulturelle Arbeit der Landeshauptstadt München/Sozialreferat. München, <http://www.muenchen.de/Rathaus/soz/wohnenmigration/interkulti/119794/publikation.html>, 06.11.2008
- Weiß, H. (2007): Frühförderung als protektive Maßnahmen: Resilienz im Kleinkindalter. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz: München, S. 158–174
- Weiss, K./Stempinski, S./Schumann, M./Keimeleder, L. (2008): Qualifizierung in der Kindertagespflege. Das DJI-Curriculum „Fortbildung von Tagespflegepersonen“. Seelze-Velber
- Welter-Enderlin, R. (2008): Einleitung: Resilienz aus Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz – gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg, S. 7–19
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Europa (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. Redaktion: Marmot, M./Wilkinson, R. Kopenhagen
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1998): Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 6
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf

- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2008): Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children (HBSC). International report from the 2005/2006 survey. <http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>, 16.07.2008
- Wendlandt, W. (2006): Sprachstörungen im Kindesalter. Stuttgart
- Wenzel, E. (Hrsg.) (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/M
- Werner, E. (1990): Protective factors and individual resilience. In: Meisels, S. J./Shonkoff, J. P. (Hrsg.): Handbook of early childhood intervention. Cambridge, University Press Cambridge, S. 97–116
- Werner, E. E. (2007): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 20–31
- Werner, E. E./Smith, R. S. (1982): Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York, Mc Graw Hill
- Werner, E. E./Smith, R. S. (2001): Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Ithaca: Cornell University Press.
- Wetzels, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden
- White, R. W. (1959): Motivation reconsidered: The concept of competence. In: Psychological Review, 66, S. 297–333
- Wiegand-Grefe, S./Romer, G./Möller, B. (2008): Kinder psychisch oder körperlich kranker Eltern: Forschungsstand und Perspektiven indizierter Prävention bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikobelastung. In: Kinder- und Jugendmedizin, 8, S. 38–44
- Wiesner R. (2006³): SGB VIII. Kinder und Jugendhilfe. Kommentar. München.
- Wietasch, A.-K. (2007): Jugend, Körper und Emotion. Eine Schnittmenge aus neurobiologischer Sicht. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 2, S. 123–137
- von Wietersheim, J. (2008⁶): Bulimia nervosa. In: Adler, R./Hermann J./Köhle, K./Langewitz, W./Schonecke, O./von Uexküll, T./Wesiack, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München S. 707–725
- Wilken, E. (2008): Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Down Syndrom. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der gestigten Entwicklung. Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 4. Göttingen, S. 18–36
- Wilken, U./Jeltsch-Schudel, B. (Hrsg.) (2003): Eltern behinderter Kinder: Empowerment-Kooperation-Beratung. Stuttgart
- Wilkinson, R. G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wien, New York
- Wilkinson, R. G. (2005): The impact of inequality. How to make sick societies healthier. New York, London, The New Press
- Winterhoff, M. (2008): Warum unsere Kinder Tyrannen werden. Oder: Die Abschaffung der Kindheit. Gütersloh
- Wischer, B. (2001): Lernen in heterogenen Gruppen aus Schülersicht. Ausgewählte Ergebnisse aus der Absolventenstudie. In: Demmer-Dieckmann, I./Struck, P. (Hrsg.): Gemeinsamkeit und Vielfalt. Pädagogik und Didaktik einer Schule ohne Aussonderung. Weinheim, S. 227–243
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005): Familiäre Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem auf Aufgabe. München/Basel
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2008): Bildung, Betreuung und Bildung für Kinder unter 3 Jahren – elterliche und öffentliche Sorge in gemeinsamer Verantwortung. Kurzgutachten Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/volltextsuche.html>
- Wittchen, H. U./Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland: Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. In: Bundesgesundheitsblatt, 44, S. 993–1000
- Witteriede, H. (2003): Schulische soziale Arbeit und gesundheitsfördernde Schule. Hohengehren
- Wolf, V. (2008): Information als Methode der Notfallpsychologie im Umgang mit Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Erlebnissen. In: Unsere Jugend, S. 66–71
- Wolfersdorf, M. (2008): Depression und Suizid. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 443–450
- World Health Organisation (1998): Health Promotion Glossary. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf, 01.12.2008
- World Vision Kinderstudie (2007): Kinder in Deutschland 2007, Frankfurt
- Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheits-erziehung. Weinheim/München.
- Wüllenweber, E. (2004): Lernbehinderung – zwischen Realität und Konstrukt. In: Baudisch, W./Schulze, M./Wüllenweber, E. (Hrsg.): Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Stuttgart, S. 76–104
- Wunder, M. (2006): Community Care und bürgerschaftliches Engagement: Chancen und Risiken. Zeitschrift für Inklusion online-net, 02//06; <http://www.inklusion-online.net/index.php?menuid=23&reporeid=28>, 20.02.2008

- Wunderlich, U. (2004): Suizidales Verhalten im Jugendalter: Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Göttingen
- Wustmann, C. (2008): Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtungen. In: Bals, Th./Hanses, A./Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim/München, S. 183–193
- Yates, M./Youniss, J. (Eds.) (1999): Roots of civic identity. International perspectives on community service and activism in youth. Cambridge, Cambridge University Press
- Zeanah, C. H. (1996): Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, S. 42–45
- Zeanah, C. H./Smyke, A. T./Dumitrescu, A. (2002): Attachment disturbances in young children. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, S. 983–989
- Zeanah, C. H./Smyke, A. T./Koga, S. F./Carlson, E./The Bucharest Early Intervention Project Core Group (2005): Attachment in institutionalized and community children in Romania. In: Child Development, 76, S. 1015–1028
- Zepf, S./Mengele, U./Hartmann, S. (2003): Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener in der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 53, S. 152–162
- Zerle, C. (2007): Wie verbringen Kinder ihre Freizeit? In: Alt, C. (Hrsg.): Kinderleben, Bd. 3: Start in die Grundschule. Wiesbaden, S. 243–270
- Ziegenhain, U. (2004): Sozial-emotionale Entwicklung. In: Eggers, C./Fegert, J./Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg, S. 40–54
- Ziegenhain, U. (2006): Wie erkennt man vernachlässigte und gefährdete Kinder? In: Münchner Medizinische Wochenschrift, 24, S. 24–26
- Ziegenhain, U. (2007³): Bindungsstörungen. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Bd. 3: Störungen des Kindes- und Jugendalters. Berlin
- Ziegenhain, U./Fegert, J. (2004): Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Eggers, C./Fegert, J. Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, S. 875–890
- Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.) (2007): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München/Basel
- Ziegenhain, U./Fegert, J./Ostler, T./Buchheim, A. (2007): Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, S. 410–428
- Ziegler, H. (2006): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Über managerielle PraktikerInnen in neo-bürokratischen Organisationen. In: Schweppe, C./Sting, S. (Hrsg.): Sozialpädagogik im Übergang. Neue Herausforderungen für Disziplin, Profession und Ausbildung. Weinheim/München, S. 139–155
- Ziesel, E./Schmidt da Silva, A. (2008): Neues Elterntalk Motto: Gesundes Aufwachsen in Familien. In: projugend, 3, S. 29
- Zimmer, E. (2007): Integrative Familienhilfe – Daheim Erziehen. In: Homfeldt, H.-G./Schulze-Krüdener, J. (Hrsg.): Elternarbeit in der Heimerziehung. München, S. 112–133
- Zimmer, R. (2005): Bewegung und Sprache: Verknüpfung des Entwicklungs- und Bildungsbereichs Bewegung mit der sprachlichen Förderung in Kindertagesstätten. München
- Zimmermann, U./Heinemann, A./Püschel, K./Fiedler, G. (2005): Suizide im Kindes- und Jugendalter. In: Rechtsmedizin, 15, S. 211–217
- Zinke, M./Koch, H./Kerek-Bodden, H./Graubner, B./Brenner, G. (2001): Patientenklientel und Diagnosespektrum in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin. Ausgewählte Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. In: Kinder- und Jugendarzt, 32, S. 712–718
- Zok, K. (2008): Gesundheitsprobleme von Arbeitnehmern und ihr Verhalten im Krankheitsfall. In: WIdO-monitor, 5, S. 1–7 http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg1-2008_0608.pdf, 21.07.2008
- Zwiauer, K. (2001): Langzeiteffekte der Ernährung in den ersten zwei Lebensjahren. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 1, 149, S. 71–74

Anhang**25 Liste der Expertisen****Margret Dörr**

Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese

Nico Dragano, Thomas Lampert, Johannes Siegrist

Soziale Ungleichheit von Gesundheit bei Kindern- und Jugendlichen

Ulrich Gerth, Klaus Menne

Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Jörg Fegert, Tanja Besier

Heimkinder und andere psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Tina Friederich

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen

Andres Hanses, Kirsten Sander

Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit unter der Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen der Adressaten unter dem (etwaigen) Unterschied zwischen Ost- und West-Deutschland

Manfred Hintermair

Inwiefern und mit welchen Konsequenzen lassen sich Konzepte wie Salutogenese, Empowerment, Identitäts- und Netzwerkarbeit auf Kinder und Jugendliche mit Behinderungen übertragen?

Renate Höfer, Luise Behringer

Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen

Michael Kölch

Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern

Petra Kolip

Beachtung zentraler gender-relevanter Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder und Jugendhilfe

Knut Lambertin

Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit

Albert Lenz

Welche riskanten Lebensbedingungen müssen Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern bewältigen und wie können ihre Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe gestärkt werden?

Elke Opper, Petra Wagner

Expertise zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Sport

Peter Paulus

Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in der Kooperation von Schule (auch Ganztagschulen, Förderschulen), Jugendhilfe und anderen Partnern

Bernd Röhrle

Sichtung und fachliche Bewertung von Evaluationsprogrammen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention

Stephan Sting

Potentiale und Grenzen der verschiedenen Ansätze zur Suchtprävention im Hinblick auf ihre Potentiale zur Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen und der Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen.

Florian Straus

Gesundheitsprävention und -förderung bei jungen Erwachsenen in Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendhilfe

Elisabeth Wacker

Delphi-Studie zur Lage der Gesundheitsförderung und -chancen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung

26 Fachgespräche und Hearings**Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bezüglich des Rahmenkonzeptes des 13. Kinder- und Jugendberichts (23. Januar 2008, Berlin)**

Alexa Franke, TU Dortmund

Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin

Bernd Röhrle, Philipps-Universität Marburg

Fachgespräch Migration (18. März 2008, München)

Ilhamy Atabay, München

Helga Dill, München

Maria Gavranidou, Landeshauptstadt München

Reiner Frank, Klinikum der Universität München

Angela Kühner, München

Feyza Placek, München

Hearing mit den freien Trägern der Jugendhilfe zum Thema: „Konzepte und Strategien zur Gesundheitsförderung, speziell in Bezug auf Familien mit Armuts- und/oder Migrationshintergrund“ (22./23. April 2008, Berlin)

Wolfgang Barth, AWO Bundesverband

Christine Bopp, Deutscher Caritasverband

Roland Fehrenbacher, Deutscher Caritasverband

Ulrike Gebelein, Diakonisches Werk

Fredy Gross, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Sabine Skutta, Deutsches Rotes Kreuz

Thomas Steffens, Diakonisches Werk

Natalie Weidner, Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e. V.

Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen (11. September 2008, Berlin)

Christiane Bopp, Deutscher Caritasverband

Horst Frehe, Bremen

Sybille Hausmanns, BAG Gemeinsam Leben – Gemeinsam lernen

Norbert Müller-Fehling, Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte

Wilfried Wagner-Stolp, Lebenshilfe

Andreas Renner, BAG Selbsthilfe

Sonderauswertung**Boris Heizmann**

Sonderauswertung des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS)
nach den Vorgaben des DJI, 13. Kinder- und Jugendbericht

27 Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angeführten oder angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und Hyperaktivitätsstörung
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ADT-Panel	Abrechnungsdatenträger-Panel, basiert auf einer Zufallsstichprobe der kassenärztlichen Vereinigung
AFET	Bundesverband für Erziehungshilfe (der erste Allgemeine Fürsorge-Erziehungs-Tag fand 1906 in Breslau statt)
AGB	Arbeitgeber
AGJ	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
AG SGB VIII	Arbeitsgemeinschaft Sozialgesetzbuch, Aches Buch
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immunschwachesyndrom)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
AURYN	Hilfe für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern (Ausdruck stammt aus der „Unendlichen Geschichte“ von Michael Ende)
AWO	Arbeiterwohlfahrt
b.z.w.	beziehungsweise
BA	Bundesagentur für Arbeit/Bundesanstalt für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAK	Blutalkoholkonzentration
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBJH	Berufsbezogene Jugendhilfe
BBW	Berufsbildungswerk Leipzig für Hör- und Sprachgeschädigte
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BDKJ	Bund der Deutschen Katholischen Jugend

BELLA	Studie zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFKJ	Berliner Frauen-, Kinder- und Jugendinitiative
BFW	Berufsförderungswerk
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
bke	Bundeskonferenz für Erziehungsberatung
BJK	Bundesjugendkuratorium
BKJP	Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMI	Body-Maß-Index
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ca.	circa
CD-ROM	Compact Disc Read-Only Memory (Permanentspeicher für digitale Daten)
d. h.	das heißt
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DDT	Dichlordiphenyltrichloräthan (Insektizid)
Def.	Definition
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIMDI	Deutsches Institut Medizinische Dokumentation und Information
DJHT	Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag
DJI	Deutsches Jugendinstitut
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DPSG	Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Drs.	Drucksache
dsj	Deutsche Sportjugend

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnosemanual)
DSV	Deutscher Schwimmverband
DTB	Deutscher Turnerbund
DVD	Digital Versatile Disc (einer CD ähnlicher Datenträger mit deutlich mehr Speicherplatz)
ebd.	ebenda
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EEC	Early Excellence Centres – Zentren für Kinder und ihre Familien
EREV	Evangelischer Erziehungsverband
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
ESPAD	Europäische Schülerstudie Alkohol Drogen
u. a.	Et alii (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
EU	Europäische Union
f.	folgende (Seite)
FuN	Familie und Nachbarschaft
G8	achtjähriges (statt neun Jahre) Gymnasium in Bayern
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
ggf.	gegebenenfalls
GKK	Gebietskrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
HBSC	Health Behaviour School Children (Gesundheitsverhalten von Schülern)
HCB	Hexachlorbenzol
HIPPY	Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters – Familienförderungsprogramm mit dem Ziel der frühen Förderung der 3- bis 6-jährigen Kinder
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HOT	Haushalts-Organisations-Training
HUGS	Hort und Ganztagsangebote-Skala
IB	Internationaler Bund
ICD-10	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	ICF for Children and Youth
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle; Institut zur Frühförderung musikalisch Hochbegabter
IFP	Staatsinstitut für Frühpädagogik in Bayern
IFT	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung
IGfH	Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen
ILK	Inventar Lebensqualität Kinder

IQ	Intelligenzquotient
ISA	Institut für soziale Arbeit
ISG	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
JH	Jugendhilfe
JIM	Jugend, Information, Multimedia; jährliche Studie des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest
JMK	Jugendministerkonferenz
JUMP	Programm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit
JuSchG	Jugendschutzgesetz
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KESS-Studie	Kompetenzen und Einstellungen von Schülerinnen und Schülern
KICK	Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz
KiföG	Kinderförderungsgesetz
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KIPKEL	Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern
KiTa	Kindertagesstätte
KiTaG	Kindertagesstättengesetz, Brandenburg
KitaG	Kindertagesbetreuungsgesetz, Berlin
KiTZ	Kinder-Tages-Zentrum
KJB	Kinder- und Jugendbericht
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz/SGB VIII
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KMK	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der BRD
KomDat	Informationsdienst der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik
KZfSS	Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie
LAG Bayern	Landesarbeitsgemeinschaft Bayern; Fachverband für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung
LBS	Landesbausparkasse – Bausparkasse der Sparkassen (Kinderbarometer)
LJA	Landesjugendamt
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MFS	Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest
MGH	Mehrgenerationenhaus
MH	Migrationshintergrund
MHADIE	Measuring Health and Disability in Europe (Messen von Gesundheit und Behinderung in Europa)
mind.	mindestens
Mio.	Millionen
MoMo	Motorik Modul; Studie zur Erfassung von Motorik und Sportverhalten der Heranwachsenden

NCJW	National Council of Jewish Women, Los Angeles (Nationaler Rat der jüdischen Frauen)
NRW	Nordrhein-Westfalen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PC	Personal Computer
PCB	Polychlorierte Biphenyle
peb	Plattform Ernährung und Bewegung
PISA	Program for International Student Assessment (Programm zur internationalen Schülerbewertung)
PJC	Positive Jugendentwicklung
Pkt.	Punkt
PKV	Private Krankenversicherung
pp.	perge, perge (lat. „fahre fort“)
ProKiTa	Praxisforschung und Modellprojekte in den Bereichen Kindertagesstätten und Tagespflege
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder (Posttraumatische Belastungsstörung)
PTT	Präoperative Gerinnungsdiagnostik
RAA	Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien
REITOX	European Information Network on Drugs and Drug Addiction; jährliche Berichte über die Drogensituation in den Ländern
RKI	Robert-Koch-Institut
RLP	Rheinland-Pfalz
SAFE	Sichere Ausbildung für Eltern
s. S.	siehe Seite
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SchwBG	Schwerbehindertengesetz
SCOFF	engl.: verschlingen, Fresserei; Fragebogen zur Erfassung von Essstörungen
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire; Verhaltens-Screening-Fragebogen über 3- bis 16-Jährige
SGB VIII	Sozialgesetzbuch, Achtes Buch, Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzgefühl)
SOEP	Socio Economic Panel (sozioökonomisches Panel)
SPB	Schwerpunktbereiche; Schweizerischer Pfadfinderbund
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
ST	Sozialstatus
SuSe	Studie zu Stillen und Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr
Tab.	Tabelle
TAG	Tagesbetreuungsausbaugesetz
TdH	Terre de Hommes (Erde der Menschlichkeit)
TK	Techniker Krankenkasse
TOA	Täter-Opfer-Ausgleich
TV	Television

u. a.	unter anderem; und andere
u. Ä.	und Ähnliches
U1 bis U8	Vorsorgeuntersuchungen im bei unter 6-Jährigen
UKE	Universitätsklinik Eppendorf
UNO	United Nations Organization (Vereinte Nationen)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Weltkinderhilfswerk der UNO)
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus (gegen)
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WidO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (AOK)
z. B.	zum Beispiel

28 Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 3.1 Biologische und psychologische Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	66
Tabelle 3.2 Soziale Risikofaktoren und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebenskontexten	67
Tabelle 4.1 Anzahl und Anteil (Prozent) der Heranwachsenden an der Gesamtbevölkerung Deutschlands am 31. Dezember 2006	77
Tabelle 4.2 Schwerpunktthemen in den fünf Altersstufen	81
Tabelle 5.1 Häufigkeit des Tabak- und Alkoholkonsums sowie psychische Belastungen in der Schwangerschaft der Mütter von Kindern unter zwei Jahren (Prävalenzen in Prozent)	85
Tabelle 5.2 Häufigkeit des Stillens (Kind jemals gestillt) nach soziodemografischen und weiteren Merkmalen (Prävalenzen in Prozent) im Zeitraum 2003 bis 2006	86
Tabelle 5.3 Impfquoten bei der Grundimmunisierung und der Zweitimpfung im zweiten Lebensjahr des Kindes	86
Tabelle 5.4 Inanspruchnahme einzelner Früherkennungsuntersuchungen und Arztbesuch bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten bzw. Allgemeinmediziner in den letzten 12 Monaten	86
Tabelle 5.5 Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Kindes sowie akute und chronische Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen bei unter 2-Jährigen	88
Tabelle 6.1 Körperlich-sportliche Aktivität bei 3- bis 6-Jährigen	96
Tabelle 6.2 Auswertung des SDQ-Gesamtpunktwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)	97
Tabelle 6.3 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)	97

		Seite
Tabelle 6.4	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Besuchen bei niedergelassenen Ärzten sowie von Impfungen bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren	99
Tabelle 7.1	Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf (Angaben in Prozent)	104
Tabelle 7.2	Lebenszeitprävalenz atopischer Erkrankungen und obstruktiver Bronchitis bei 7- bis 10-Jährigen	105
Tabelle 7.3	Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2005 nach Altersgruppen in Deutschland . . .	106
Tabelle 7.4	Schüler und Schülerinnen (6 bis 15 Jahre) mit sonderpädagogischer Förderung (Integrationsschüler/-innen und Schüler/innen an Förderschulen) nach Förderschwerpunkten im Schuljahr 2006/2007 (ohne Schüler/innen in Klassen für Kranke)	107
Tabelle 7.5	Auftretenshäufigkeit von Schmerzen in den letzten drei Monaten bei Kindern zwischen 7 und 10 Jahren (Prävalenzangaben in Prozent)	109
Tabelle 7.6	Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)	111
Tabelle 7.7	Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 6- bis 12-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)	111
Tabelle 7.8	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei 7- bis 10-Jährigen	112
Tabelle 7.9	Auftretenshäufigkeit von Angststörungen bei 7- bis 10-jährigen Kindern (Auskunft der Eltern, Angaben in Prozent)	114
Tabelle 7.10	Körperlich-sportliche Aktivität bei 7- bis 10-Jährigen	115
Tabelle 8.1	Sexualverhalten bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen ohne und mit Migrationshintergrund	120
Tabelle 8.2	Mediennutzung und Gesundheitsbeeinträchtigungen bei 11- bis 17-Jährigen (Selbstauskunft der Befragten)	122
Tabelle 8.3	Tabakkonsum bei Jugendlichen	123
Tabelle 8.4	Alkoholkonsum bei Jugendlichen	125
Tabelle 8.5	Konsum von Cannabisprodukten bei Jugendlichen	128
Tabelle 8.6	Verteilung aller Missbrauchsfälle auf Altersgruppen	130
Tabelle 8.7	Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 11- bis 13- und 14- bis 17-Jährigen (Elternangaben)	131
Tabelle 8.8	Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 11- bis 13-Jährigen (SDQ-Subskalen)	132
Tabelle 8.9	Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 14- bis 17-Jährigen (SDQ-Subskalen)	132
Tabelle 8.10	Gegenüberstellung wichtiger Symptome bei Anorexie und Bulimie	133

	Seite
Tabelle 8.11 Prävalenz von Essstörungssymptomen bei 11- bis 17-Jährigen nach SCOFF (Selbstauskunft der Befragten)	133
Tabelle 8.12 Gewichtsverteilung und Adipositas bei 3- bis 6-Jährigen und 7- bis 10-Jährigen (Angaben in Prozent)	135
Tabelle 8.13 Übergewicht und Adipositas bei 11- bis 13- Jährigen und 14- bis 17- Jährigen (Angaben in Prozent)	135
Tabelle 8.14 Gewicht, psychische und Verhaltensauffälligkeiten der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	136
Tabelle 9.1 Häufigkeit psychischer Störungen (ICD-10 Diagnosen) bei jungen Erwachsenen (Prävalenzen in Prozent)	142
Tabelle 9.2 Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Nikotinabhängigkeit	144
Tabelle 9.3 Prävalenz von Cannabissmissbrauch/-abhängigkeit (ESA 2006, Angaben in Prozent)	144
Tabelle 9.4 Verteilung der bis zum 31. Dezember 2004 gemeldeten AIDS-Fälle nach Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt der Diagnose (Angaben in Prozent).	147
Tabelle 9.5 Einzeldimensionen psychisch-emotionaler Belastung bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern (Angaben in Prozent)	149
Tabelle 11.1 Ausgaben der öffentlichen Hand (einschließlich Einnahmen) für ausgewählte Leistungsbereiche des SGB VIII in Euro (Deutschland, 1992 bis 2006).	156
Tabelle 11.2 Entwicklung der Vollzeitbeschäftigten in der Kinder- und Jugendhilfe nach Arbeitsfeldern (Deutschland, Ost- und Westdeutschland; 2002 und 2006; Angaben absolut und in Prozent)	157
Tabelle 12.1 An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligte Arztgruppen nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, 2007.	163
Tabelle 12.2 Pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausbetten und ihre Nutzung	167
Tabelle 14.1 Bereiche der Suchtkrankenhilfe für Erwachsene und deren Angebote	181
Tabelle 14.2 Gemeinsame Aufgaben der Hilfesysteme in Bezug auf suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige	182
Tabelle 16.1 Zahl der Kinder mit Behinderungen zum Stichtag 15. März 2006 nach Art der Einrichtung und nach Bundesländern	192
Tabelle 16.2 Einhaltung des Personalschlüssels in den Einrichtungen	199
Tabelle 16.3 Ausgewählte Kooperationspartner von Kindertagesstätten in Bezug auf Gesundheit	203
Tabelle 16.4 Überblick über Frühfördereinrichtungen nach Bundesländern	205

29 Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 2.1 Positive Jugendentwicklung (PJE) umfasst „5 C“	46
Abbildung 3.1 Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden	53
Abbildung 3.2 Modell der Salutogenese mit makro-, meso- und mikrosozialen Faktoren	58
Abbildung 3.3 Das salutogenetische Modell nach Antonovsky	59
Abbildung 3.4 Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit aus Systemperspektive	64
Abbildung 7.1 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Ausprägung „auffällig“) der 3- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	110
Abbildung 7.2 Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln	113
Abbildung 8.1 Aktueller Tabakkonsum der 11- bis 17- Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	123
Abbildung 8.2 Prävalenz und Häufigkeit des Wasserpfeifenrauchens bei 12- bis 17-Jährigen (Angaben in Prozent)	124
Abbildung 8.3 Regelmäßiger Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht im Zeitraum von 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)	126
Abbildung 8.4 Riskanter Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht im Zeitraum 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)	126
Abbildung 8.5 Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	127
Abbildung 8.6 Haschischkonsum der 11- bis 17- Jährigen (Lebenszeitprävalenzen in Prozent)	128
Abbildung 8.7 Übergewicht inkl. Adipositas bei 3- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	135
Abbildung 8.8 Sterbeziffer der durch Selbstmord/(vorsätzliche) Selbstbeschädigung gestorbenen jungen Menschen in Deutschland von 1980 bis 2007 je 100 000 Einwohner	138
Abbildung 9.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen (Altersgruppe 18 bis 39 Jahre, ESA 2006, Angaben in Prozent)	145
Abbildung 9.2. Bestätigte HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung (Stand: 1. März 2008, absolute Werte)	146
Abbildung 9.3 Anteil der bestätigten HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung in den Altersgruppen (Stand: 1. März 2008, Angaben in Prozent)	147
Abbildung 9.4 Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen (Stand: 31. Dezember 2007; Angaben in Prozent)	148
Abbildung 9.5 Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Westdeutschland im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008	150
Abbildung 9.6 Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Ostdeutschland (einschl. Berlin) im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008	151

	Seite
Abbildung 12.1 Kinder- und Jugendliche je berufstätigen Kinder- und Jugendmediziner im gesamten Bundesgebiet von 1993 bis 2007	163
Abbildung 12.2 Kinder- und Jugendliche je berufstätigen Kinder- und Jugendmediziner in den alten Bundesländern von 1993 bis 2007	164
Abbildung 12.3 Kinder- und Jugendliche je berufstätigen Kinder- und Jugendmediziner in den neuen Bundesländern von 1993 bis 2007	164
Abbildung 12.4 Zahl der Minderjährigen, für die ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	165
Abbildung 12.5 Zahl der Minderjährigen, für die ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	166
Abbildung 12.6 Auslastungsgrad der aufgestellten Betten in pädiatrischen Fachabteilungen von 1991 bis 2006 (Angaben in Prozent)	167
Abbildung 12.7 Zahl der Minderjährigen, für die ein Bett in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	168
Abbildung 12.8 Zahl der Minderjährigen, für die ein teilstationärer Platz in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	169
Abbildung 13.1 Das biopsychosoziale Modell von Behinderung der ICF	175
Abbildung 13.2 Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen	177
Abbildung 13.3 Träger der Rehabilitation	178
Abbildung 16.1 Förderung – Hilfe – Schutz	188

30 Verzeichnis der Exkurse

Exkurs 6.1 Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund	96
Exkurs 7.1 Kinder psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern	108
Exkurs 7.2 Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen	112
Exkurs 8.1 Schwangerschaften Minderjähriger	119
Exkurs 8.2 Rauchen von Wasserpfeifen	124
Exkurs 8.3 Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung	130
Exkurs 9.1 Wohnungslose Heranwachsende in Deutschland	152
Exkurs 13.1 ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)	175
Exkurs 16.1 „Early Excellence“ und „KiTZ“	198

31 Tabellen zu den Bildungsplänen der Bundesländer

Bildungspläne der Länder

Bundesland	Titel	Jahr	Umfang	Autor	Bildungsbereiche + Querschnittsthemen	Geltungsbereich
Bayern „Themenbezogene Bildungs- und Erziehungsbereiche“	Der bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung	2007	488 Seiten, erprobt	IFP	11 Bildungsbereiche zzgl. Themenübergreifende Bereiche (indiv. Unterschiede, Übergänge, Geschlecht ...) und Basiskompetenzen (demokratische Teilhabe, Resilienz), Schlüsselprozesse (Partizipation)	0–6 Jahre
Baden-Württemberg „Bildungs- und Entwicklungsfelder“	Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten	2007	128 Seiten, Erprobungsphase	Trägerverbände, Politik, Wohlfahrtsverbände, Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen	6 Bildungsbereiche, 4 Motivationen des Kindes, Erziehungspartnerschaft, Kooperationen	0–10 Jahre, Schwerpunkt Kindergarten
Berlin „Bildungsbereiche“	Berliner Bildungsprogramm	2004	130 Seiten	INA	Kompetenzen, 7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule, Partizipation	Geburt bis Schuleintritt keine Integration
Brandenburg „Bildungsbereiche“	Grundlagen für die Kindertagesbetreuung in Brandenburg	2006	48 Seiten	Arbeitsgemeinschaft der Trägerverbände	6 Bildungsbereiche + Grenzsteine der Entwicklung /Prävention	Geburt bis Ende Grundschule, Schwerpunkt Kindergarten
Bremen „Bildungsbereiche“	Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich/ Konkretisierungen	2005	40+20 Seiten	Entwicklungsgruppe aus Wissenschaft, Politik und Praxis	7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergänge, Räumlichkeiten, indiv. Unterschiede	Geburt bis Schuleintritt, Schwerpunkt Kindergarten
Hamburg „Bildungsbereiche“	Hamburger Bildungsempfehlungen für die Bildung und Erziehung von Kindern in Tageseinrichtungen	2006	80 Seiten	INA	Kompetenzen, 7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule, Partizipation	Geburt bis Schuleintritt keine Integration
Hessen „Schwerpunkte“	Bildung von Anfang an. Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Hessen	2007	150 Seiten	IFP	Basiskompetenzen, individ. Unterschiede, 5 Schwerpunkte, die nochmals gegliedert sind, Übergänge, Kooperation und Beteiligung	Geburt bis Ende Grundschule unter Einbeziehung der Fachberatungen, Kindertagespflege, Familienbildung, Fachschulen, Eltern
Mecklenburg-Vorpommern „Bildungs- und Erziehungsbereiche“	Rahmenplan für die zielgerichtete Vorbereitung von Kindern in Kindertageseinrichtungen auf die Schule	2004	76 Seiten	Arbeitsgruppe Frühpädagogik der Universität Rostock	Aufbau des Plans, 5 Bildungsbereiche	10 Monate vor voraussichtlichem Schuleintritt
Niedersachsen „Bereiche“	Orientierungsplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich	2005	60 Seiten	Zusammenarbeit von Trägerverbänden, Landesarbeitsgemeinschaft der Elterninitiativen und Landeselternvertretung und Ministerium	Grundlagen (z.B. Partizipation), 9 Bildungsbereiche, Kooperation mit Eltern und Grundschule	Geburt bis zum Schuleintritt
Nordrhein-Westfalen „Bildungsbereiche“	Bildungsvereinbarung NRW. Fundament stärken und erfolgreich starten	2003	22 Seiten, Erprobung	Arbeitsgruppe aus Trägerverbänden, Ministerium und Wohlfahrtspflege	Präambel (z.B. Mitwirkung der Eltern, Übergang Grundschule), 4 Bildungsbereiche	Geburt bis Schuleintritt

n o c h Bildungspläne der Länder

Bundesland	Titel	Jahr	Umfang	Autor	Bildungsbereiche + Querschnittsthemen	Geltungsbereich
Rheinland-Pfalz „Bildungsbereiche“	Bildungs- und Erziehungsempfehlungen für Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz	2004	135 Seiten	Entwicklungsgruppe aus Kirchen, Landesregierung, Wohlfahrtspflege, Landeselternausschuss, kommunale Spitzenverbände	11 Bildungsbereiche + Querschnittsthemen, Teilhabe, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule	Geburt bis 14. Lebensjahr
Saarland „Bildungsbereiche“	Bildungsprogramm für Saarländische Kindergärten + Handreichungen	2006	19+113 Seiten	INA	Kompetenzen, 7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule, Partizipation, Integration	Geburt bis Schuleintritt
Sachsen „Bildungsbereiche“	Sächsischer Bildungsplan	2006	146 Seiten	TU Dresden, Insitut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften und Beirat	Grundlagen, 6 Bildungsbereiche, Kontexte, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule	Geburt bis Schuleintritt, Erweiterung für den Hort und für Kindertagespflege vorgesehen
Sachsen-Anhalt „Bildungsbereiche“	Bildungsprogramm für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt. Bildung elementar - Bildung von Anfang an.	2003	90 Seiten	Projektgruppe elementar, Universität Halle-Wittenberg und Kindertageseinrichtungen + Pläne anderer Länder	6 Bildungsbereiche + Querschnittsthemen (Partizipation, Integration, Kontextorientierung), Übergänge und Erziehungspartnerschaft, Qualität	Geburt bis 14. Lebensjahr
Schleswig-Holstein „Querschnittsdimensionen“, „Bildungsbereiche“	Erfolgreich starten - Leitlinien zum Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen / + Handreichungen	2004	31 Seiten, in der Erprobung + je Handreichung 30 Seiten	Arbeitsgruppe aus Trägerverbänden, Landeselternvertretung, Ministerium und Wissenschaft	6 Bildungsbereiche + Querschnittsthemen, Partizipation, Kooperation	Geburt bis 14. Lebensjahr
Thüringen „Bildungsbereiche“	Thüringer Bildungsplan für Kinder bis 10 Jahre	2006	130 Seiten, Erprobung	wissenschaftliches Konsortium mit Fachbeirat aus der Praxis (ähnlich INA)	Grundlagen (z.B. Zusammenarbeit mit Eltern, individ. Unterschiede, Übergänge ...), 7 Bildungsbereiche, Qualität	Geburt bis 10 Jahre

Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Bayern „Themenbezogene Bildungs- und Erziehungsbereiche“	ja	Starke Kinder: Bewegung, Rhythmik, Tanz und Sport, Gesundheit	Bewegung, Rhythmik, Tanz und Sport, Ernährung, Körperpflege, Hygiene, Körper- und Gesundheitsbewusstsein, Sexualität, Sicherheit und Schutz, Stress	wird alles explizit angesprochen	viele Querverbindungen zu anderen Bereichen z. B. Resilienz, geschlechtersensible Erziehung, indiv. Unterschiede, uvm.	Umgang mit individuellen Unterschieden und soziokultureller Vielfalt, Resilienz, Partizipation, Koop	6.2.4 Kinder mit erhöhtem Entwicklungsrisiko und (drohender) Behinderung S. 153	Kinder, Eltern und Fachkräfte	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	Gesundheitsförderung im Kapitel Starke Kinder	Krankheitsprävention als Unterbegriff von Gesundheitsförderung	wissensorientierter Ansatz, sehr umfassende Sichtweise von Gesundheit, detailliert
Baden-Württemberg „Bildungs- und Entwicklungsfelder“	ja	Körper	Körpererfahrung, Bewegung, Wohlbefinden, pos. Körper- und Selbstkonzept Gesundheit und Ernährung, Sexualität, Integration, Hygiene	Verschränkung mit der Motivation „Anerkennung und Wohlbefinden erfahren“/alle Bildungsbereiche sind einbezogen	Erziehungs- und Bildungsmatrix (Motivation des Kindes/ Bildungs- und Entwicklungsfelder)	2.4. Zusammenarbeit mit Partnern S. 57 z. b. mit Zahnärzten, Gesundheitsämtern etc.	im Bildungsbereich „Körper“ werden auch behinderte oder chronisch kranke Kinder thematisiert S. 77, zusätzlich 1.6 Vielfalt und Unterschiedlichkeit	Kinder	implizit Gesundheitsbegriff der WHO – „Wohlbefinden“	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	kindorientiert v. a. implizite Themen, umfassend aufgrund der Verschränkung mit den Motivationen
Berlin „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Hygiene, Sexualität, Körperwahrnehmung	Kompetenzen entwickeln, anregungsreiche Räume	Struktur der Bildungsbereiche: Ziele, Kindersicht, Bildungsaufgaben der Erzieherin	demokratische Teilhabe, Bildung als kultureller Prozess: Gleichheit und Unterschiede, Beteiligung der Eltern	Hinweis auf S. 11 „Orientierung an der Lebenswelt des Kindes“ – Einleitung	Kinder	Gesundheitsbegriff der WHO angesprochen	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	Kindorientiert, mit Bezügen zur Kindergemeinschaft und der Gesellschaft
Brandenburg „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Schwerpunkt Bewegung, Ernährung, Bewusstsein für gesunde Umwelt, Körpererfahrung, Entspannung, Integration	Soziales Leben, Raumausstattung	nur implizit Hinweis zum sozialen Aspekt von Gesundheit	Grenzsteine der Entwicklung: Frühwarnsystem für Risikolagen	Hinweis S. 6 im BB „Soziales Leben“	Kinder	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	findet keine Erwähnung	2. Teil der Grundlagen: Grenzsteine der Entwicklung: Ein Frühwarnsystem für Risikolagen (implizit)	Schwerpunkt im Bildungsbereich ist die Bewegung, Bezug zum umfassenden Gesundheitsbegriff ohne näher darauf einzugehen, praxisorientiert

noch Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Bremen „Bildungsbereiche“	ja	Körper und Bewegung	Bewegung, Körpererfahrung, Entspannung, Ernährung	Soziales Lernen, Kultur und Gesellschaft (Widerstandsfähigkeit)	Verzahnung wird nicht deutlich	Förderung des Selbstkonzepts, Räumlichkeiten	Hinweis auf S. 33/ 6.4 Individuelle Förderung und Förderung der kindlichen Lernbereitschaft	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	kindorientiert und praxisnah, oberflächlich
Hamburg „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Hygiene, Sexualität, Körperwahrnehmung	Soziale und kulturelle Umwelt, Räume	Struktur der Bildungsbereiche: Ziele, Kindersicht, Bildungsaufgaben der Erzieherin	demokratische Teilhabe, Bildung als kultureller Prozess: Gleichheit und Unterschiede, Beteiligung der Eltern	Hinweis auf S. 14, Einleitung	Kinder	Gesundheitsbegriff der WHO wird zugrunde gelegt	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	Kindorientiert, mit Bezügen zur Kindergemeinschaft und der Gesellschaft
Hessen „Bildungs- und Erziehungsziele“	ja	Starke Kinder: Emotionalität, soz. Beziehungen und Konflikte, Gesundheit, Bewegung und Sport, Lebenspraxis	Bewegung, Gesundheit, Ernährung, soz. Beziehungen, Stress, Körperbewusstsein, Sicherheit, Hygiene, Sexualität, Selbstkonzept, Kognition, Lebenspraxis	Resilienz	Bereich ist aufgeteilt in s. v. – Verzahnung erfolgt	Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf, Kinder mit versch. Sozioökonomischen Hintergrund, Kooperationen und Beteiligung	Abschnitt in Teil 1: Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf S. 50	Kinder	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	Gesundheitsförderung als Teil der Entwicklungsarbeit in Kindertageseinrichtungen	findet keine Erwähnung	detailliert, umfassender Gesundheitsbegriff umgesetzt, theorie-lastig, gut vernetzt
Mecklenburg-Vorpommern „Bildungs- und Erziehungsbereiche“	ja	2 Bildungsbereiche: Bewegungserziehung, Gemeinschaft – Natur – Sachen	Bewegung, Körperwahrnehmung, Gesundheit, Ernährung, Sexualität, gesunde Lebensweise	Persönlichkeitsentwicklung; personale, soziale und kognitive Fähigkeiten innerhalb der Bildungsbereiche	Erfahrungsfelder: Selbstwahrnehmung und soziale Lebenswelt, Raum und Zeit, natürliche Lebenswelt, technische Lebenswelt	keine	kein Hinweis	Kinder – Hinweise auf Einbezug der Eltern	BE: kein Hinweis auf Gesundheit GNS: Gesundheit als Element von Wohlbefinden	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	Gesundheit kommt zu kurz, nur innerhalb des BB GNS kurz angesprochen, schwierige Struktur, keine Querschnittsthemen
Niedersachsen „Bereiche“	ja	Körper – Bewegung – Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Körpererfahrung, Hygiene, Gesundheit, Entspannung, Geschlechter-sensibel	Zusammenhang zu Selbstwahrnehmung, Sprachförderung u. a.	Verzahnung wird nicht deutlich	Grundwerte der demokratischen Gesellschaft: Integration, geschlechtssensible Erziehung, Partizipation, S. 10	Hinweis in 2. Grundwerte der demokratischen Gesellschaft S. 10	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet Erwähnung, S. 18	Kurz und praxisorientiert, dennoch ganzheitliche Orientierung von Gesundheit

noch Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Nordrhein-Westfalen „Bildungsbereiche“	ja	Bewegung	Bewegung als Ausgangspunkt, kein Zusammenhang zur Gesundheit!	Zsh. zu Sprache, naturwissenschaftliche Phänomene	Differenzierung, Verarbeitung, soz. Beziehungen, Umgang mit Komplexität, forschendes Lernen	keine	kein Hinweis	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	sehr knapp, ausschließlich Bewegung, Gesundheit wird nicht erwähnt
Rheinland-Pfalz „Bildungsbereiche“	ja	2 Bildungsbereiche: Bewegung und Körper – Gesundheit – Sexualität	Bewegung, Körpererfahrung, Selbstwertgefühl, Hygiene, Ernährung, Entspannung, Verantwortungsübernahme für den eigenen Körper	wird alles explizit angesprochen	Verzahnung wird nicht deutlich	Resilienz, geschlechtssensible Pädagogik, Partizipation, Teilhabe an Bildungsprozessen	Abschnitt 5: Teilhabe an Bildungsprozessen, im BB (S. 63)	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	2 Bildungsbereiche, ausführliche und ganzheitliche Vorstellung von Gesundheit, praxisorientiert
Saarland „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Hygiene, Sexualität, Körperwahrnehmung	Raumgestaltung, Integration, soziale Kompetenz	Struktur der Bildungsbereiche: Ziele, Kindersicht, Bildungsaufgaben der Erzieherin	demokratische Teilhabe, Bildung als kultureller Prozess: Gleichheit und Unterschiede, Beteiligung der Eltern, Integration	Abschnitt 8: Zusammenarbeit mit den Arbeitsstellen für Integrationspädagogik	Kinder und Eltern	Gesundheitsbegriff der WHO zugelegt	findet keine Erwähnung, allerdings ähnliche Begriffe wie Gesundheitsförderung und Gesundheits-erziehung	findet keine Erwähnung	umfassende Darstellung der Bedeutung von Gesundheit, detailliert, praxisorientiert
Sachsen „Bildungsbereiche“	ja	Somatische Bildung: Körper, Bewegung, Gesundheit	Körperpflege und -erfahrung Hygiene, Bewegung, Entspannung, Ernährung, Sexualität, Gesundheit, Wohlbefinden	Zsh. zu psychischen und sozialen Aspekten, Widerstandsfähigkeit	Hinweis auf sozialen Aspekt von Gesundheit	Bildungsbereich Soziale Bildung, Räumlichkeiten	Hinweis in den Grundlagen S. 6	Kinder und Erzieherinnen	Gesundheitsbegriff der WHO zugelegt	Wohlbefinden als Gesundheitsförderung	S. 9 Sucht- und Gewaltprävention im Bildungsbereich Somatische Bildung	ganzheitliche Sichtweise, Theorie und Praxis, ausführlich und umfassend
Sachsen-Anhalt „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung, Gesundheit	Bewegung, Körpererfahrung, Hygiene, Sexualität, Entspannung, Ernährung	Resilienz	Verzahnung wird nicht deutlich	Partizipation, Integration, Kontextorientierung, Schlüsselkompetenzen	Teil 2, Abschnitt: Diversität und Integration	Kinder	WHO-Gesundheitsbegriff zugelegt	Gesundheits-erziehung	findet keine Erwähnung	kurze theoretische Einleitung, ansonsten knapp praxisorientiert, ganzheitliche Sichtweise

noch Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Schleswig-Holstein „Querschnittsdimensionen“, „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Gesundheit und Bewegung	Körper, Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Selbstbestimmung über die Gesundheit, Raum, Körpererfahrung, Sexualität, Hygiene	Sozialkompetenz, Zsh. zu anderen Bildungsbereichen, Resilienz	Verzahnung wird nicht deutlich	Partizipation (S. 9), Gender, Integration, Interkulturalität, Nachhaltigkeit, Lebensweltorientierung	Abschnitt S. 14: Förderung und Integration von Kindern mit besonderen Bedürfnissen	Kinder und Erzieherinnen	WHO-Gesundheitsbegriff zu Grunde gelegt	Gesundheitsförderung – Stärkung der Kompetenzen, um Verantwortung für den eigenen Körper zu übernehmen	nur am Rand erwähnt	sehr umfassend, ganzheitlich, viele Querverbindungen, praxisorientiert mit theoretischen Ergänzungen
Thüringen „Bildungsbereiche“	ja	Motorische und gesundheitliche Bildung	Bewegung, Ernährung, Gesundheit (physisch, psychisch und sozial)	Armut	Verzahnung durch Dimensionen von Bildung (personal/sozial/sachlich)	Partizipation S. 22, Gender, Behinderung und Entwicklungsrisiken, Resilienz, sozioökonomische und soziokulturelle Vielfalt, Koop mit Eltern und Institutionen	Abschnitt 1.2.d: Behinderung und Entwicklungsrisiken	Kinder und Eltern	ganzheitlicher Gesundheitsbegriff	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	umfassend, sehr theoretisch, ganzheitlich



Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 018 05/77 80 90*
Fax: 018 05/77 80 94*
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Stand: November 2009, 2. Auflage

Gestaltung: www.avitamin.de

Druck: DruckVogt GmbH, Berlin

Für weitere Fragen nutzen Sie unser

Servicetelefon: 018 01/90 70 50**

Fax: 030 18/5 55 44 00

Montag–Donnerstag 9–18 Uhr

E-Mail: info@bmfsfjservice.bund.de

* jeder Anruf kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich

** nur Anrufe aus dem Festnetz,
3,9 Cent pro angefangene Minute

Samstag 09.01.2010, 21:41 Uhr Wetter [Neu registrieren](#) | [E-Mail](#)

[FOCUS Online](#) [FOCUS-SCHULE-Shop](#) [Heft](#) [FOCUS-SCHULE-Abo](#) [Service](#) [Live](#)

ONLINE FOCUS SCHULE

[FOCUS Online](#)

[Unterricht](#) | [Psychologie](#) | [Schulwahl](#) | [Bildungspolitik](#) | [Schulrecht](#) | [Medien](#) | [Berufskompass](#) | [Gute Aktionen](#)

01.09.2009, 16:20 | | 22 Kommentare

Seite 1/2

OECD-Bericht

Deutschland, armes, reiches Kinderland

Die Bundesrepublik investiert viel Geld in ihre kleinen Bürger. Die Finanzhilfen bleiben oft wirkungslos. Jedes sechste Kind lebt in Armut. Auch um die Chancengleichheit ist es nicht gut bestellt.

Von FOCUS-Online-Autorin Melania Botica

Deutschland wendet wie kaum ein anderes Mitgliedsland der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mehr öffentliche Mittel für Familien auf. Dennoch gelingt es nicht, die Lebensverhältnisse armer Kinder zu verbessern. Etwa 40 Prozent der öffentlichen Mittel, die hierzulande in Kinder investiert werden, werden direkt an die Eltern gezahlt. In anderen OECD-



Jedes sechste Kind lebt in Armut Colourbox

Ländern liegt der Anteil dagegen bei 20 Prozent. Dies geht aus einer OECD-Studie zum Wohlbefinden von Kindern hervor, die am Dienstag vorgestellt wurde. Untersucht wurden die Lebensbedingungen von Kindern in den 30 Industrieländern, die der OECD angehören. Anhand von sechs Kriterien wurde das Wohlergehen von Kindern in den OECD-Staaten unter die Lupe genommen: Ausschlaggebend waren materielles Wohlergehen, Wohn- und Umweltbedingungen, Bildung, Gesundheit und Sicherheit, Risikoverhalten und die Qualität des schulischen Umfelds.

Im Schnitt investiert die deutsche Regierung 10 bis 20 Prozent mehr in Bildung, Dienstleistungen und finanzielle Unterstützung als andere OECD-Länder. Von Ehegattensplitting über Kindergeld und Kita-Finanzierung: Insgesamt stellt die Regierung über 180 Milliarden Euro Familienhilfe zur Verfügung. Dennoch ist jedes sechste Kind arm. Etwa jedes vierte Kind in Deutschland wächst in einer Umgebung auf, die von Lärm, Vandalismus und Verschmutzung geprägt ist. Im OECD-Schnitt lebt nur jedes achte Kind in Armut. In Dänemark, das die niedrigste Kinderarmut verzeichnet, sogar nur jedes 37. Die OECD-Experten plädieren dafür, die staatliche Familienförderung in Deutschland gezielter einzusetzen. „Deutschland sollte seine Geldtransfers stärker auf bedürftig Familien konzentrieren“, sagt Monika Queisser, Leiterin der Abteilung Sozialpolitik der OECD. Auch die Vorsitzende des von der Regierung einberufenen Bundesjugendkuratoriums, Claudia Lücking-Michel, kritisierte die unausgewogenen Maßnahmen der Bundesregierung im Kampf gegen Kinderarmut und forderte, mehr Transferleistungen für Kinder zu gewährleisten, etwa in Form einer Kindergrundsicherung, die sich am Bedarf der Kinder orientiert.

ZUM THEMA

Kinderarmut: Ungebildet, kriminell, verroht?

Studie zur Kinderarmut: „Mein Leben wird richtig schön“

Kinderarmut: Das andere Leben der Jane

Bildungsmonitor 2009: Bildung im Aufwärtstrend

Alleinerziehende in der Armutsfalle

Etwa 40 Prozent der Kinder, die nur mit einem Elternteil leben, sitzen in der Armutsfalle. Das liegt unter anderem daran, dass sich die Einkommenssituation von Alleinerziehenden laut dem OECD-Bericht in den letzten 20 Jahren verschlechtert hat. Doch trotz der hohen relativen Armut berichtet nur einer von 200 Jugendlichen, dass ihm die notwendige Ausstattung für den Schulbesuch fehlt – das ist der zweitniedrigste Wert in der OECD.

In Deutschland sind etwa die Sozialausgaben für Kleinkinder vergleichsweise gering und erreichen bei den 10- bis 15-Jährigen den Höchststand. Auch in englischsprachigen Ländern findet sich laut Studie dieses Investitionsmuster. Pisa-Sieger Finnland, Island und Ungarn jedoch legen ein stärkeres Gewicht auf die frühen Entwicklungsjahre und investieren mehr Geld in die frühkindliche Bildung. Mit zunehmendem Alter der Kinder nehmen die Ausgaben dann ab.

MEHR FOCUS-SCHULE

[Service](#) | [Community](#) | [News](#) | [Fotos](#) | [Videos](#)

Google Anzeigen

Haben Sie Herzprobleme?

Warten Sie nicht bis zum Notfall. Nutzen Sie ein eigenes EKG. www.shl-telemedicine.de

LEHRERMANGEL



Lehrermangel
Poker um die Pauker



Lehrerabwerbung
Länder wollen sich fair verhalten

Kultusminister: Kampf gegen Abwerbungen

Quereinsteiger: „Ingenieure laufen ins Messer“

Lehrermangel: „Quereinsteiger sind exzellent“

Kampagne: Das Ländle macht Jagd auf Lehrer

Lehrermangel: Laien am Lehrerpult

Hessen: Vorerst keine Lehramts-Quereinsteiger

Lehrermangel: Notstand in Niedersachsen

Surftipp



Mehr als 11 300 Schulen im Daten-Check:
Finden Sie die richtige für Ihr Kind

PLZ Schulort

RECHT



Klassenarbeiten
Wie Lehrer testen dürfen



Schulrecht
Was dürfen Lehrer?

Elternteil: Wer schläft, sündigt doch

Wer hat Recht?: Urteile aus dem Schulalltag

SCHULE-FORUM: DISKUTIEREN SIE MIT!

08.01.
Bildungspolitik: Mischen statt trennen

Community-Redaktion: Mütter und Väter können sich für die Schulreformen nicht erwärmen. Einige Länder basteln ihre Schulsysteme um. Der Trend: sechs Jahre Grundschule und gemeinsames Lernen von Hau...

07.01.
Schulwechsel im Halbjahr Gymnasium-Gymnasium

peter1995: Vielen Dank für die Antwort! Ich bin in der neunten Klasse und noch Schulpflichtig. Aber mein Wohnort ist als ich auf das Internat gegangen bin offiziell NRW geblieben. Kann man ...

Private Krankenkasse 59€



TOP - Testsieger Private Krankenkasse ab nur 59,- Euro! Für Selbstständige u. Freiberufler

Top-Stellen ab 60.000€



Nur kurze Zeit: 2 Wochen kostenlos Premium-Mitgliedschaft testen: Experteer.de -> Jetzt anmelden

Lebenslang garantiert



Eine der höchsten garantierten Renten - die neue Privatrente bei Fidelity.

OECD-Bericht

Seite 1/2

Deutschland, armes, reiches Kinderland
Diskrepanzen in der Bildung

Schlagwörter: Armut Belgien Bildung Dänemark Deutschland Erziehungsfälle Familie Finnland Frankreich Griechenland Italien Kind Mexiko OECD Schweden Tschechien USA

Artikel bewerten

★★★★★



Leser-Kommentare (22)

lupo (02.09.2009 10:53)

Mangelnde Zuwendung

Ich kenne eine Menge Kinder, deren Eltern wenig Geld haben. Kaum eines davon wächst jedoch ohne Handy, Playstation und TV im Kinderzimmer auf. Die Armut dieser Kinder basiert auf mangelnder Zuwendung. 6 Jahre Elternberufstätigkeit haben mir gezeigt, dass solche Eltern sich nicht um die (Schul-)Ausbildung ihrer Kids kümmern (wollen). Noch mehr Geld in solche Fam. zu pumpen bringt den Kindern nichts

[Auf den Kommentar von lupo antworten](#)

[Kommentar-Antworten lesen \(bisher keine Antworten\)](#)

[Weitere Kommentare](#)

Kommentar als **Gast**

Login

Überschrift Ihr Name

Schreiben Sie hier Ihren Kommentar zum Artikel: Deutschland, armes, reiches Kinderland

[Netiquette](#) | [AGB](#)

Anzeige



Schlechte Noten?
Schulstoff lernen mit Spaß

Schulrelevante Lerninhalte der Klassen 1-7 online lernen. Von Experten entwickelt! [weiter](#)

Das könnte Sie auch interessieren

08.09.09, 12:01

**Bildung****OECD: Trotz Krise mehr in Bildung investieren**

Die OECD hat trotz der Krise von Deutschland mehr Investitionen in Bildung verlangt. „Wenn die Bundesrepublik gestärkt aus dieser Wirtschaftskrise hervorgehen will, dann ist jetzt der Zeitpunkt gekommen, in Bildung und höhere Qualifikation zu investieren.“ [weiter](#)

30.05.08, 14:10

Bildung**Deutschland knausert bei Bildung**

In Deutschland wird zwar viel über Bildung geredet, aber immer noch zu wenig investiert. Die Ausgaben der öffentlichen Hand liegen nach wie vor unter dem europäischen Mittel. [weiter](#)

11.12.06, 14:20

**Kindergärten****Die Wiege für gute Bildung**

Viele Ideen für eine bessere Vorschulbildung werden aus Kostengründen nicht umgesetzt. Dabei wäre eine solche Investition besonders lohnend, so eine Studie. [weiter](#)

[Archiv FOCUS-SCHULE >>](#) | [Sitemap FOCUS-SCHULE >>](#)

Anzeige

claudio.de: MP3-
Player gratis



Exklusiv für FOCUS-SCHULE Leser: Hörbücher für Jugendliche und Kinder downloaden und MP3-Player gratis sichern

FOCUS-SCHULE

Nr. 6, 02.12.2009

Abo
Inhalt
Archiv
FOCUS-SCHULE-Merkzettel
Jubiläumsaktion



Google Anzeigen

Priv. Krankenversicherung

Private Krankenversicherung online vergleichen & ab 55 € abschließen!
[Private-Krankenversicherung.geld.de](#)

Anzeige

**Fettabsaugen**

Fettpölsterchen absaugen lassen: Körper schonend und lang anhaltend. Mang Medical One.
[Hier erfahren Sie mehr >>](#)

**25% Weihnachts-Shopping**

Sparen Sie bei Ihrem Weihnachts-Shopping-Trip nach Zürich 25% auf Ihre Übernachtung.
[Klicken und sparen...](#)

**Sichere Rendite...**

durch Investment-Sparen mit Gewinnsicherungsstrategie + Steuervorteile + flexible Laufzeit
[So Guthaben absichern!](#)

[Zum Seitenanfang](#)[Unterricht](#) | [Psychologie](#) | [Schulwahl](#) | [Bildungspolitik](#) | [Schulrecht](#) | [Medien](#) | [Berufskompass](#) | [Gute Aktionen](#)[FOCUS RSS-Feed](#)[Mobile Dienste](#)[Newsletter](#)[Service](#)[Archiv](#)

FOCUS Online 1996-2010

[Sitemap](#) | [Kontakt](#) | [Datenschutz](#) | [AGB](#) | [FOCUS-Online-Impressum](#) | [in.focus.de](#) | [Online-Werbepreisliste](#)**Fotocredits****Weitere Online-Angebote sowie Partner der TOMORROW FOCUS AG und von Hubert Burda Media**

AMICA | CINEMA | FIT FOR FUN | MAX | TV SPIELFILM | Playboy | Bunte | Haus+Garten
ELLE | Freundin | Mein schöner Garten | Super Illu | Guter Rat | HolidayCheck | ScienceBlogs
ElitePartner | sevenload | lust-auf-genuss.de | blog.de | jameda | Medialine | Freizeitfreunde | Lisa | Lisa Freundeskreis
Burdafashion | Garten Arkaden | Computeruniverse | Cyberport | Finanzen100 | nachrichten.de
beQueen | BonGusto | Das Kochrezept | MietwagenCheck | FOCUS Mall

Forderungen und Handlungsfelder des Deutschen Kinderhilfswerkes zur Bekämpfung der Kinderarmut in Deutschland

Das Recht auf angemessene Lebensbedingungen und die damit einhergehenden Rechte auf Bildung und Gesundheit werden in Deutschland zunehmend weniger erfüllt. Das widerspricht sowohl der UN-Kinderrechtskonvention als auch dem Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 – 2010.

- Artikel 27 (1) „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht jedes Kindes auf einen seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard an.“
 - Artikel 27 (3) „Die Vertragsstaaten treffen gemäß ihren innerstaatlichen Verhältnissen und im Rahmen ihrer Mittel geeignete Maßnahmen, um den Eltern und anderen für das Kind verantwortlichen Personen bei der Verwirklichung dieses Rechts zu helfen (...).“
- Aus der UN-Konvention der Kinderrechte*

Nach Angaben des Kompetenzzentrums für familienbezogene Leistungen vom Mai 2008 verfügen ca. 2,4 Mio. Kinder und Jugendliche in 1,4 Mio. Haushalten in Deutschland über ein Einkommen, das unterhalb von 60% des gewichteten Medianeinkommens liegt. Die Armutsrisikoquote der unter 18-Jährigen liegt damit bei 17,3%. Gleichzeitig wird festgestellt, dass Kinder und Jugendliche umso häufiger von Armut betroffen, je älter sie sind. Dies gilt insbesondere für Jugendliche von 15 Jahren bis unter 18 Jahre. Bezieht man diese Armutsrisikoquote (aus dem Jahre 2005) auf die aktuellen Zahlen der Bundesagentur für Arbeit, die die Personen in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II ausweist, schließt die Minderjährigen im Sozialhilfebezug nach SGB XII und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sowie eine vorsichtig geschätzte Dunkelziffer mit ein, so sind fast 3 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland derzeit von Armut betroffen.


Damit ist klar: Keine andere gesellschaftliche Altersgruppe ist so stark von Armut betroffen wie Kinder und Jugendliche. Die vorliegenden Daten der Bundesagentur für Arbeit belegen deutlich, dass die Kinderarmut höher ist als die von Erwachsenen. Besonders schwierig ist die Situation in Familien mit nur einem Elternteil und für Kinder aus Zuwandererfamilien. Sie wachsen deutlich häufiger in Armut auf, als deutsche Kinder.

Gerade die Tatsache, dass der konjunkturelle Aufschwung der letzten Jahre nicht zu einer Abnahme der Kinderarmut beigetragen hat, macht deutlich, dass wir ein strukturelles Problem haben, dem Politik und Gesellschaft mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln und Kompetenzen entgegentreten müssen. Wir brauchen nicht nur eine Politik, die den Geburtenzuwachs in den Mittelpunkt stellt, sondern politische Entscheidungen für die Kinder, die da sind. Notwendig hierfür ist ein breites gesellschaftliches Engagement, denn Armut und Ausgrenzung ist ein Problem der ganzen Gesellschaft. Mit jedem Monat Untätigkeit werden armen Kindern weitere Bildungs- und Entwicklungschancen geraubt - und damit auch ein Stück Zukunft für sie und unsere Gesellschaft.

Deshalb legt das Deutsche Kinderhilfswerk einen umfangreichen Forderungskatalog zur Bekämpfung der Kinderarmut in Deutschland vor, der folgende Kernpunkte beinhaltet:

Deutsches Kinderhilfswerk e.V.
Leipziger Straße 116-118
10117 Berlin
Tel: +49 30 308693-0
Fax: +49 30 2795634
E-Mail: dkhw@dkhw.de
www.dkhw.de
Bankverbindungen:
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 100 205 00
Konto-Nr: 333 11 00
Spendenkonto: 333 11 11

Deutsches
Zentralinstitut
für soziale
Fragen/DZI



isiegels
MITGLIEDER DES PARITÄTISCHEN
Wohlfahrtsverband
Anerkannter Träger der freien
Jugendhilfe (§ 75 KJHG)

U-Bhf. Stadtmitte oder
Mohrenstraße (U2 und U6)

1. Nationales Programm zur Bekämpfung der Kinderarmut entwickeln
2. Bedingungslose und bedarfsgerechte Kindergrundsicherung einführen
3. Mitbestimmungs- und Mitwirkungschancen schaffen
4. Bildungschancen sicherstellen
5. Betreuungsqualitäten steigern
6. Gezielte Förderung von Migrantenkindern
7. Gesundes Aufwachsen ermöglichen

1. Nationales Programm zur Bekämpfung der Kinderarmut entwickeln

Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert ein Nationales Programm zur Bekämpfung der Kinderarmut in Deutschland und einen eigenständigen Bericht der Bundesregierung zur Kinderarmut. Die Bundesregierung soll dazu gemeinsam mit Ländern und Kommunen ein umfangreiches Maßnahmenpaket mit konkreten Zielvorgaben vorlegen, mit dem der Kinderarmut wirkungsvoll begegnet werden kann.

Nach den neuesten Berechnungen des Deutschen Kinderhilfswerkes sind heute in Deutschland fast 3 Millionen Kinder und Jugendliche von Armut betroffen. Seit der Einführung der Hartz-IV-Gesetzgebung hat sich der Anteil der Kinder, die von Sozialgeld leben müssen, mehr als verdoppelt. Wie wir in unserem letzten „Kinderreport“ dargelegt haben, ist es aber nicht allein die materielle Armut die das Leben dieser Kinder bestimmt. Immer häufiger bleiben sie in isolierten Wohnvierteln unter sich, ohne gute Schulbildung, Ausbildungsmöglichkeiten und ausreichende Unterstützung bei den Hausaufgaben. Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche erfahren den gesellschaftlichen Ausschluss durch den Verzicht auf Taschengeld, Freizeit- und Sportangebote. Besonders schlecht ist ihre Situation in jenen Bundesländern oder Kommunen, die nicht einmal die notwendigen Lernmittel oder die Fahrtkosten zur Schule finanzieren. Entsprechend überproportional hat sich die Zahl der Anträge erhöht, die das Deutsche Kinderhilfswerk über den Kindernothilfefonds für entsprechende Notlagen erreichen.

Je früher und länger ein Kind Armutserfahrungen macht, desto gravierender sind die individuellen Folgen. Außerdem gehen die Potenziale dieser Kinder und Jugendlichen verloren. Das wird mittelfristig gravierende Auswirkungen auf die volkswirtschaftliche Leistung unseres Landes haben. Deutlich wird – Kinderarmut bedeutet viel mehr, als wenig Geld zu haben. So wie die unterschiedlichen Lebenslagen ineinander greifen, muss auch die politische Strategie aufgestellt sein: Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik sind ebenso zu berücksichtigen, wie Familien- und Bildungspolitik, Gesundheits- und Sozialpolitik sowie Stadtentwicklungs- und Wohnungsbaupolitik¹. Es reicht nicht aus nur eine Dimension der Kinderarmut in Angriff zu nehmen, sondern es geht darum, die unterschiedlichen Handlungsfelder zu einer Gesamtstrategie zusammenzufügen. Dies setzt eine Vernetzung der Hilfen und Akteure in den Lebensräumen der Kinder voraus.

Neben den monetären Leistungen des Bundes brauchen Kinder auch gute strukturelle Rahmenbedingungen für ihre Entwicklung. Hierzu gehört ein flächendeckendes Angebot von Betreuungs-, Bildungs- und kulturellen sowie sportlichen Angeboten. Hier sind die

¹ Dabei geben uns skandinavische Länder und Frankreich ein Vorbild, wie durch einen deutlich höheren Anteil an familienbezogenen Sachleistungen, durch Investitionen in Bildung und Infrastrukturen die Armutsquoten um bis zu 80% gesenkt werden können.

Länder und Kommunen gefragt. Sie dürfen nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden.

Ferner weist die aktuelle Forderung des Aktionsbündnis Kinderrechte (UNICEF, Deutscher Kinderschutzbund und Deutsches Kinderhilfswerk) nach einer Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz den Weg, wie durch Kinderrechte, die sich nicht allein aus denen ihrer Eltern ableiten, Kinder verfassungsrechtlich gestärkt und geschützt werden können.

2. Bedingungslose und bedarfsgerechte Kindergrundsicherung einführen

Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert eine bedingungslose und bedarfsgerechte Kindergrundsicherung. Diese soll den allgemeinen und individuellen Bedarfen von Kindern Rechnung tragen und den bestmöglichen Zugang zu Bildung, Freizeit und gesunder Ernährung beinhalten.

Die Wirtschaft profitiert enorm von den Familien, doch im Vergleich mit anderen EU-Ländern liegt die Quote dessen was die Regierung in den Familienlastenausgleich gibt unterhalb des Durchschnitts. Gleichzeitig werden Familien durch das Steuer- und Abgabesystem und in den sozialen Sicherungssystemen übermäßig belastet. Darauf hat das Bundesverfassungsgericht weitgehend ohne Resonanz hingewiesen².

Selbst das bundesdeutsche Durchschnittseinkommen von ca. 27.000 Euro jährlich reicht bei zwei oder mehr Kindern im Haushalt heute nicht aus, um die Familie aus eigener Kraft zu versorgen. Neben dem Problem der Familienarmut trotz Erwerbstätigkeit („Working poor“) muss unsere Gesellschaft, in der sich etwa die Arbeitslosigkeit gering qualifizierter Personen zur Dauerarbeitslosigkeit verfestigt, Lösungen für Kinder in Familien ohne Familieneinkommen finden. Adressaten bisheriger Familien- und Sozialpolitik sind in erster Linie die Eltern und weniger die Kinder selbst. Die Reduzierung einer Kinderpolitik auf die Aspekte der Erziehung, der Betreuung und des Schutzes von Kindern widerspricht einem modernen Verständnis vom Kind, das es als eigenständige Persönlichkeit mit individuellen Bedürfnissen sieht.

Daher sieht das Deutsche Kinderhilfswerk einen Paradigmenwechsel für notwendig an, der das Kind als anspruchsberechtigt unabhängig von der Unterstützung der Familie insgesamt ansieht. Kinder sind eigenständige Persönlichkeiten und haben nach Artikel 26 und 27 der UN-Kinderrechtskonvention eigenständige Rechte auf soziale Sicherheit und angemessene Lebensbedingungen. Deshalb wird bei der Kindergrundsicherung keine Einkommens- oder Vermögensüberprüfung vorgenommen, der diskriminierende Charakter einer Fürsorgeleistung entfällt. Ferner würde eine bedingungslose Kindergrundsicherung nicht nur Kindern zu Gute kommen, deren Eltern Beziehende von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch sind, sondern auch Kinder einbeziehen, die in „verdeckter Armut“ leben. Im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird davon ausgegangen, dass im Mittel auf drei Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt eineinhalb bis zwei weitere Berechtigte ohne Bezug kommen. Analog der

² Die realitätsgerechte Berücksichtigung von Unterhaltsverpflichtungen hat das Bundesverfassungsgericht sehr deutlich bereits in einem Beschluss vom Februar 1984 (BVerfG vom 22. 2. 1984, BVerfGE 66, 214) gefordert. Die Steuerfreiheit des Existenzminimums hat das Bundesverfassungsgericht in den grundlegenden Entscheidungen von 1990 (BVerfGE 82, 60) und 1992 (BVerfGE 87, 153) festgeschrieben. Ferner betonte 1992 das Gericht die „bestandssichernde Bedeutung“ der Kindererziehung für das Rentensystem (BVerfGE 87, 37).

Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention soll die Kindergrundsicherung bis zum 18. Lebensjahr befristet sein. Sinnvoll erscheint es deshalb, für über 18-Jährige anstelle der Grundsicherung eine eigene, individuelle Ausbildungsfinanzierung zu entwickeln.

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 27. Januar dieses Jahres die Hartz IV-Kinderregelsätze in ihrer pauschalen Ableitung von den Erwachsenenregelsätzen für verfassungswidrig erklärt. Im Gegensatz zu aktuell diskutierten Ausgestaltungen einer Kindergrundsicherung sieht es daher das Deutsche Kinderhilfswerk als notwendig an, dass eine bedingungslose Grundsicherung für Kinder mit einer altersgerechte Bedarfsbemessung verknüpft wird. Sinnvoll erscheinen fünf Stufen, für die Kinder bis zum 2. Lebensjahr, bis zum Schuleintritt, bis 10 Jahre, bis 14 Jahre und bis zur Volljährigkeit.

Die Höhe der Kindergrundsicherung muss sich an verschiedenen Faktoren orientieren. Grundlagen sind die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes zur Steuerfreiheit des Existenzminimums, die Regelleistungen nach dem Sozialgesetzbuch und für die Herstellung einer Chancengleichheit für alle Kinder und Jugendlichen die durchschnittlichen Ausgaben von Eltern für ihre Kinder. Aus diesen Vorgaben soll eine Expertenkommission unter Einbezug von Sachverständigen, Parteien- und Verbandsvertreter/-innen sowie Kindern und Jugendlichen realitätsorientiert die Kindergrundsicherung ermitteln. Statistische Bestimmungen auf der Basis des Bedarfes von Erwachsenen sind abzulehnen.

Insgesamt würde durch eine bedingungslose und bedarfsgerechte Kindergrundsicherung das derzeitige System familienunterstützender Leistungen entbürokratisiert, ausgewogener und durchschaubarer gestaltet werden. Es darf nicht sein, dass durch die derzeitige Ausgestaltung des Ehegattensplittings und der steuerlichen Freibeträge Eltern mit hohen Einkommen überproportional profitieren oder die Unterstützung für Kinder von durchsetzungsfähigen Eltern abhängig ist.

Das weit verbreitete Vorurteil, die materiellen Sozialleistungen würden nicht bei den Kindern ankommen, ist nicht haltbar. Eine im Herbst 2007 von Prof. Werner Wüstendörfer (Georg-Simon-Ohm Hochschule Nürnberg) durchgeführte Befragung armutsbetroffener Familien in Nürnberg legt dar, dass auch arme Eltern versuchen, negative Folgen von Ressourcenmangel soweit wie möglich aufzufangen. Mit zunehmender Dauer können sie diesen Ausgleich jedoch nicht mehr leisten. In der Regel sparen sie zunächst bei sich selbst und den gemeinsamen Familienaktivitäten bevor es zu einer Einschränkung bei der Versorgung ihrer Kinder kommt. Nach der Analyse des Statistischen Bundesamtes steht Kinderarmut erst am Ende einer von Eltern oder Elternteilen nicht mehr beherrschbaren Lage. Das Statistische Bundesamt stellt außerdem fest, dass die unteren Einkommen der Familien mit Kindern mehr Ausgaben als Einnahmen hatten. Das heißt viele Familien im unteren Einkommenssegment mussten sich verschulden.

Infrastruktur und materielle Absicherung für Kinder müssen Hand in Hand gehen. Ein Nationales Programm gegen Kinderarmut sollte daher auch von den Bundesländern konkrete Maßnahmen abverlangen. Lehrmittelfreiheit, kostenloses Mittagessen, kostenfreier Schultransport sollte hierzu gehören. In diesem Kontext schlagen wir die Einführung einer „Kinderkarte“ vor, die Teile der Kindergrundsicherung aus dem monetären Bereich herauslöst und Kindern für die Nutzung von Infrastruktur zur Verfügung steht.

Die nicht geringen Kosten für die Einführung einer Kindergrundsicherung dürfen nicht zu einer Blockadehaltung führen. Nichts kann wichtiger sein, als in die Zukunftsfähigkeit

unseres Landes zu investieren. Es kommt also vor allem auf den politischen Gestaltungswillen von Regierungen und Parlamenten an, um Kinderarmut in Deutschland zu überwinden und allen Kindern und Jugendlichen ein chancengleiches Aufwachsen in Deutschland zu ermöglichen.

Bis zur Etablierung der Kindergrundsicherung müssen die Regelleistungen nach dem SGB II und der Regelsatz nach dem SGB XII für Kinder neu bemessen werden. Die derzeitige Bindung an die EVS (Einkommens-Verbraucher-Stichprobe) und die Ableitung aus dem Erwachsenenregelsatz ist ein völlig untaugliches Verfahren. Wie wenig das derzeitige Modell der Einkommens- und Verbraucherstichprobe den Grundbedarfen von Heranwachsenden Rechnung trägt zeigt sich, wenn man sich etwa vergegenwärtigt, dass einem Kind bis 14 Jahre 2,56€ pro Tag für Verpflegung zur Verfügung stehen. Damit ist keine ausreichende Deckung des täglichen Bedarfes möglich und schon gar keine ausgewogene, gesunde Ernährung. Eine eigenständige Bedarfsbemessung für Kinder und Heranwachsende ist nicht vorgesehen und wird willkürlich mit 60% (Kinder bis 14 Jahre) bzw. 80% (ab 14 Jahre) vom Erwachsenenregelsatz abgeleitet. Auch die Einführung einer neuen Regelsatzstufe ab 01.07.2009 für Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren in Höhe von 70 % des Erwachsenenregelsatzes ändert daran nichts.

Die Forschungsstelle des Paritätischen Gesamtverbandes hat Kinderregelsätze methodisch fundiert auf der Grundlage der EVS berechnet. Danach müsste der Regelsatz für Kinder bis unter 6 Jahren derzeit 276 Euro betragen, für Kinder von 6 bis unter 14 Jahren 332 Euro und für Kinder ab 14 Jahren 358 Euro monatlich. Sicherlich kann man über einzelne Stellschrauben dieser Vorschläge und die genaue Höhe von Hartz IV-Regelsätzen für Kinder und Jugendliche trefflich streiten. Die Regelsätze aber zukünftig als Mindestanteil der tatsächlichen Kosten für ein Kind zu bemessen und nicht mehr vom Konsumverhalten armer Erwachsener abzuleiten, ist ein längst überfälliger Schritt.

3. Mitbestimmungs- und Mitwirkungschancen schaffen

Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert die Schaffung gezielter Mitbestimmungs- und Mitwirkungschancen von benachteiligten Kindern und Jugendlichen sowie qualifizierte Begleitung bei ihrer Mitwirkung in Kommune, Schule und Kita durch interkulturelle, integrativ-pädagogische bzw. niederschwellige Beteiligungsangebote.

Der 11. Kinder- und Jugendbericht stellt fest, dass unabhängiges, selbstständiges Handeln eine gesicherte materielle Existenz sowie soziale Integration voraussetzt. Für Kinder und Jugendliche die von Armut betroffen sind, verringern sich die Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teil zu nehmen – Existenzängste, Ausgrenzungs- und Stigmatisierungserfahrungen fördern Resignation und Rückzug und behindern eine wirksame Beteiligung. Armut ist oft auch „Partizipationsarmut“. Wichtig ist deshalb, dass Kinder und Jugendliche das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wieder erlangen, in dem ihnen Möglichkeiten der Selbstgestaltung und des Kompetenzerwerbs vermittelt werden. Erst hierdurch ergeben sich Auswege aus dem Armutskreislauf.

Gerade benachteiligte Kinder und Jugendliche sind auf Orte angewiesen, die ihnen Zugang zu und Begleitung bei Beteiligungsprozessen bieten. Von entscheidender Bedeutung sind deshalb interkulturelle, integrativ-pädagogische bzw. niederschwellige Beteiligungsangebote, die jeder und jedem Partizipation ermöglichen. Zudem merken wir immer wieder, dass sozial benachteiligte Menschen es nicht gewohnt sind beteiligt zu

werden. Kontinuität, Verlässlichkeit und Methodenkompetenz sind deshalb von noch größerer Bedeutung als bei allgemeinen Mitbestimmungs- und Mitwirkungsangeboten. Die Bereitschaft zu Beteiligung ist auch bei benachteiligten Kindern und Jugendlichen vorhanden, wenn es um konkrete greifbare Themen oder Aktionen geht, die ihre Lebenswelt betreffen: der Umbau des Jugendclubs, die Ausgestaltung von Sport- und Freizeitangeboten oder Gestaltungsmaßnahmen auf dem Schul- und Kitagelände. Benachteiligten jungen Menschen müssen dabei auch finanzielle Ressourcen für Fahrtkosten, Material und Teilnahmebeiträge bereitgestellt werden, damit eine aktive Mitarbeit überhaupt möglich ist.

Erzieher/innen, Sozial- und Schulpädagog(inn)en sind oftmals mit Methoden und Instrumenten der Partizipation benachteiligter Gruppen nicht vertraut. Es gilt daher, ihre Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich gezielt zu unterstützen. Etwas bietet das Internet schichtunspezifisch eine gute Möglichkeit zur Beteiligung von Kindern und Jugendlichen. Allerdings müssen hier insbesondere in Kita, Schule und Freizeiteinrichtungen Zugänge zum Internet geschaffen werden und Angebote vorhanden sein, die mit dem Medium vertraut machen. Dabei müssen die Angebote nicht nur qualifiziert betreut werden, sondern auch den partizipativen Charakter ernst nehmen.

4. Bildungschancen sicherstellen

Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert verstärkte Anstrengungen die Chancenungleichheit im deutschen Schulsystem zu bekämpfen. Dazu ist ein nach oben durchlässiges Schulsystem, ein längeres gemeinsames Lernen aller Schüler/innen, individuelle Förderprogramme für benachteiligte Schüler/innen, der flächendeckende Ausbau der Ganztagschule und Lernmittelfreiheit anzustreben.

Die Benachteiligung in der Bildung setzt schon im Vorschulalter ein: Kinder aus armen Familien haben häufiger Probleme beim Sprechen und Spielen. Diese Benachteiligung wird durch die Schule nicht aufgefangen, sondern häufig verstärkt. Das haben die PISA-Studien bewiesen, in der der Bildungsstand von Schülern untersucht wurde. Selbst bei gleicher Leistung unterscheidet sich der Bildungserfolg nach Einkommen, Bildung und ethnischer Herkunft der Eltern. In Relation zu dem Bruttoinlandsprodukt liegt die Bundesrepublik EU-weit auf dem drittletzten Platz. Vor allem Migrantenkinder – wobei die Gruppe der Migranten ohnehin von einem erhöhten Armutsrisiko betroffen ist – haben in Deutschland so schlechte Bildungschancen wie in keinem anderen OECD-Land. In keinem anderen Land erfolgt die Verteilung der Kinder auf die unterschiedlichen Schulzweige so früh wie in Deutschland. Ist ein Bildungsweg einmal eingeschlagen, ist er schwer zu verändern. Im gegliederten Schulsystem findet Durchlässigkeit vorwiegend nach unten statt.

Bildungsarmut wird in Deutschland wie in kaum einem anderen europäischen Land von einer in die nächste Generation weiter getragen. Die Ergebnisse der aktuellen PISA- und IGLU-Studien belegen erneut, dass nach wie vor in Deutschland die Bildungschancen stark vom sozialen Status der Eltern abhängen. Etwas variiert die Freude am Lesen mit dem Elterneinkommen: Nur 38 % der Kinder mit einem Familiennettoeinkommen unter 1500 Euro lesen gerne, dagegen 66 % bei einem Familiennettoeinkommen über 2000 Euro. Eltern armer Kinder entscheiden sich auch häufiger gegen den Besuch weiterführender Schulen, weil die Kinder früher Geld verdienen sollen. Haben Kinder aus reicheren Familien Probleme in der Schule, bekommen sie oftmals Nachhilfeunterricht oder die

Eltern haben aufgrund ihres Bildungsstandes die Möglichkeit zu helfen. Kinder aus armen Familien werden mit ihren Problemen dahingegen vielfach allein gelassen.

Deshalb gilt es, sich gezielt um Kinder aus benachteiligten Familien kümmern, denen ihre Eltern nicht die gleichen Startbedingungen und damit Chancen auf Teilhabe bieten können. Zielstellung muss sein, das System der frühen sozialen Auslese zu überwinden und stattdessen ein durchlässiges und sozial gerechtes Schulsystem zu schaffen. Damit alle Schülerinnen und Schüler gemäß ihrer Talente und ihrer Leistungsfähigkeit den bestmöglichen Schulabschluss erreichen können, ist es notwendig, dass sie eine bessere individuelle Förderung erfahren. Für diesen Ansatz individueller Förderung braucht Schule mehr Zeit, daher ist ein Schulsystem anzustreben in dem Kinder und Jugendliche länger gemeinsam lernen. Sowohl das Modell der Ganztags- als auch der Gemeinschaftsschule bietet hierfür neben den flexiblen Unterrichtszeiten ebenso Zeiten des sozialen Lernens und Erfahrens. Außerdem kann dort die Ernährungssituation für alle Kinder verbessert werden und auch die Gesundheitsvorsorge einen festen Platz erhalten. Dabei sind die Ressourcen des sozialen Umfeldes zu nutzen: Betriebe, Sportvereine, Musikschulen, Volkshochschulen sowie Angebote der Kinder- und Jugendarbeit.

Wichtig ist darüber hinaus, dass die Bundesländer die Lernmittelfreiheit wieder herstellen: Während der Staat noch 1991 knapp 400 Mio. Euro für den Kauf von Schulbüchern ausgab, investierte er im Jahr 2005 lediglich 230 Mio. Euro – obwohl die Zahl der Schülerinnen und Schüler im gleichen Zeitraum um eine Million gestiegen ist. Es ist sicherzustellen, dass alle Kinder mit den notwendigen Unterrichtsmaterialien ausgestattet sind. Auch ein kostenfreies Schulessen, wie es schon von manchen Kommunen angeboten wird, ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Bei der Betrachtung von Bildungslaufbahnen fällt auf, dass sich oftmals nachhaltig negative Brüche beim Übergang von der Kita in die Grundschule und beim Übergang von der Grundschule in weiterführende Schulen ergeben. Deshalb sind gezielte Programme der schulbezogenen Sozialarbeit zu fördern, um diese Brüche aufzufangen.

Den Folgen von Kinderarmut kann in Schule und auch Jugendhilfe präventiv begegnet werden. In Stadtteilkonferenzen, Jugend- und Familienangeboten bedarf es abgestimmter, auf die Problemlagen zugeschnittene Angebote. Zur Verbesserung der Qualität und der Quantität entsprechender Angebote bedarf es auch einer stärkeren finanziellen Förderung durch das Land und die Kommunen.

5. Betreuungsqualitäten steigern

Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert die vollständige staatliche Ausfinanzierung von Betreuungsangeboten vom vollendeten ersten Lebensjahr bis zum Schuleintritt und eine Anpassung der personellen Ausstattung in Einrichtungen der frühkindlichen Bildung an die EU-Richtlinien. Ferner sind Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter/-innen sowie ein verbindliches Bildungsprogramm bis zum zehnten Lebensjahr zu entwickeln, das auch die Ressourcen und Beteiligungsmöglichkeiten der Kinder in den Mittelpunkt stellt.

Der vorschulischen Bildung für die Kinder kommt eine besondere Bedeutung zu, da ihre Lern- und Aufnahmefähigkeit in diesem Alter besonders hoch ist. Kinder dieses Alters wollen lernen, ausprobieren und experimentieren, sind von sich aus neugierig und

wissbegierig. Nie wieder lernen Menschen so viel und mit so großem Spaß wie in den ersten Lebensjahren. Dabei kann eine gute Bildung schon für kleine Kinder die Chancengleichheit in unserer Gesellschaft fördern. Denn durch eine frühe Förderung können herkunftsbedingte und soziale Unterschiede am besten ausgeglichen werden. Gerade Kinder aus bildungsfernen Familien profitieren vom frühen Kindergartenbesuch³. Deshalb ist es wichtig, Kindern vom vollendeten ersten bis zum dritten Lebensjahr einen allgemeinen Rechtsanspruch auf Tagesbetreuung zu gewähren. Mittelfristig muss auch ein Anspruch auf ganztägige Betreuung für Kinder zwischen drei und sechs Jahren festgesetzt werden⁴. Demgegenüber ist festzustellen, dass die Bundesrepublik Deutschland zu wenig im Bereich der vorschulischen Bildung investiert. Statt der von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) geforderten Mindestinvestition von 1 % des Bruttoinlandsproduktes wird in diesem Bereich bei sinkender Tendenz lediglich 0,66 % investiert.

Das wirkt sich natürlich auf die Gruppengrößen in den Kitas aus. Dabei sind im Bereich der Kinderkrippen für eine Gruppe von acht Kindern drei bis vier Fachkräfte angemessen. Generell gibt es auf EU-Ebene bereits Richtzahlen für Gruppengrößen: Etwa soll bei Kleinkindern eine Erzieherin/ein Erzieher für fünf Kinder bis 2010 EU-weit die Regel sein. Maßstäbe, die etwa in Skandinavien schon heute die Regel und von der die Kitas in Deutschland noch sehr weit entfernt sind.

Daneben muss es zu einer deutlichen Verbesserung der Qualifizierung des Personals kommen. Neben der Vermittlung von fachpraktischen Kernkompetenzen müssen die Diagnosefähigkeiten des Personals besser als bisher ausgebildet werden, um vor allem die Fähigkeiten der Kinder, aber auch ihre Defizite erkennen zu können. Außerdem bedarf es gezielter Maßnahmen, dass künftig mehr Männer den Beruf des Erziehers ergreifen.

Um die Grundlagen für eine frühe und individuelle Förderung der Kinder herzustellen, den Bildungsprozessen in Schulen und den Kindertageseinrichtungen Transparenz zu verleihen sowie Fachkräften und Eltern Orientierung zu bieten, müssen die Bundesländer ein entsprechendes Bildungsprogramm festlegen. Dessen Standards müssen kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt werden.

Wesentlicher Bestandteil der vorschulischen Bildung in Kindertageseinrichtungen muss auch die altersgerechte Beteiligung der Kinder sein. Bereits hier können Kinder demokratisches Denken und Handeln erfahren und einüben. Dazu müssen sie regelmäßig in die Entscheidungen der Kindertageseinrichtung einbezogen werden.

³ Ein Kindergartenbesuch gleicht Bildungsdefizite bei Kindern aus benachteiligten Elternhäusern aus. Dies gilt allerdings nur, wenn diese den Kindergarten auch volle drei Jahre besuchen. Ein einzelnes Jahr hat hingegen kaum positive Auswirkungen. Das ist das Ergebnis der vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) veröffentlichten Studie „Soziale Ungleichheit beim Schulstart“. Ohne Kita-Förderung ab drei Jahren wird jedes zweite Kind, dessen Eltern keinen Bildungsabschluss haben, vom Schulbesuch zurückgestellt. Bei einem mittleren Abschluss der Eltern sind es nur 28 Prozent der Kinder. Kommen die Kinder aus einem Akademikerhaushalt, sind es nur 8 Prozent. Völlig anders sind die Ergebnisse, wenn die Kinder aus bildungsfernen Familien bereits mit drei Jahren in den Kindergarten gehen. Dann nähern sie sich dem Schnitt von rund 10 Prozent an Rückstellungen an. Ähnliches beobachten die Wissenschaftler auch bei Kindern aus Migrantenfamilien. Sprechen deren Eltern nur schlecht Deutsch, werden die Kinder überdurchschnittlich häufig zurückgestellt. Auch hier verhindert ein früher Kindergartenbesuch den verspäteten Start in die Schulkarriere.

⁴ Um mehr Kinder in den Genuss einer Kindergartenbetreuung kommen zu lassen, haben in den vergangenen Jahren mehrere Bundesländer die Gebühren im letzten Jahr gestrichen, so das Saarland, Berlin, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Hessen. Dies reicht aber nicht aus, um Benachteiligungen auszugleichen. Allein das letzte Kindergartenjahr kostenfrei zu machen ist nicht effektiv.

Ferner gilt es, Kitas zu Begegnungs- und Beratungszentren für Mütter und Väter zu entwickeln, die weitergehende Angebote für Eltern anbieten. Insbesondere für Eltern, die bisher wenige Kenntnisse über Bildungsprozesse der Kinder haben, müssen neue Formen der Ansprache und Kontaktaufnahme erprobt werden. So können Familienbildungsveranstaltungen für alle Eltern sowie Integrationskurse für Mütter und Väter mit Migrationshintergrund angeboten werden. Vorbild kann dafür das englische Modell der "Early Excellence Centers" sein.

Schließlich stellt sich die Frage wie im Zuge der Ausweitung der Betreuung durch das Kindertagesstättenförderungsgesetz der Bedarf an ausgebildeten Erzieher/innen gedeckt werden soll. Die Ausbildung von derzeit rund 6000 Erzieher/innen pro Jahr reicht bei weitem nicht aus. In diesem Zusammenhang müsste grundsätzlich darüber diskutiert werden, wie die Ausbildung für männliche Erzieher/innen angeregt werden kann. Der geringe Anteil von männlichen Erziehern steht einem modernen koedukativen Ansatz entgegen.

6. Gezielte Förderung von Migrantenkindern

Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert die gezielte Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund über ein Bildungsprogramm, das um interkulturelle Inhalte ergänzt wird und eine gezielte Sprachförderung sicherstellt. Weiterhin ist die Verbesserung der gesundheitlichen Beratung und Versorgung von Familien mit Migrationshintergrund durch eine verstärkte Öffnung und Erweiterung der bestehenden Gesundheitsdienste voran zu treiben.

Der 12. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung stellt zutreffend fest, dass Vorschulkinder ohne deutschen Pass überproportional von Einkommensarmut betroffen sind: „Die Armutsquote ist nach den Ergebnissen der Studie des Institutes für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) zur Armut im Vorschulalter bei ihnen mit über 40% mehr als doppelt so hoch wie bei den deutschen Kindern.“ Erschwerend kommt hinzu, dass viele (insbesondere türkische) Migrantenfamilien schlechtere Wohnbedingungen als Deutsche haben.

Für die Kinder bedeutet dies geringe Rückzugsmöglichkeiten und schlechte Lernbedingungen. Im Bereich der schulischen Bildung muss festgestellt werden, dass in kaum einem der anderen Industriestaaten Migrantenkinder so schlechte Bildungschancen wie in Deutschland haben. Besonders schwierig ist die Situation für Flüchtlingskinder, die in mehreren Bundesländern von der Schulpflicht ausgenommen sind und darüber hinaus keinen rechtlichen Zugang zu Ausbildung und Arbeit und damit keine berufliche Perspektive haben.

Die OECD hat zudem festgestellt, dass in Ländern mit klar strukturierten Sprachprogrammen der Leistungsunterschied zwischen Kindern mit und Kindern ohne Migrationshintergrund geringer ausfällt. Deshalb besteht in dieser Richtung sofortiger Handlungsbedarf. Sprachförderung muss so früh wie möglich, d.h. spätestens in Kindertagesstätten, einsetzen. Notwendig erscheint vor diesem Hintergrund, die stärkere Berücksichtigung von Lehrer/innen, Sozialpädagog(inn)en und Erzieher/innen mit Migrationshintergrund.

Da die Sprachkompetenz der Familien, insbesondere die der Mütter, eine zentrale Rolle spielt, sollten die Familien in die Sprachförderprogramme einbezogen werden. Hier sind bundeseinheitliche Regelungen notwendig, der Verweis auf Länderzuständigkeiten muss aufgrund des Problemdrucks in diesem Bereich in den Hintergrund rücken. Ein Schlüssel für die soziale Integration und zur Vermeidung von Ausgrenzung ist zudem die gezielte Ausweitung von Partizipationsmöglichkeiten für Kinder mit Migrationshintergrund.

Bei der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien ist den kulturellen Unterschieden, die trotz der langen Aufenthaltsdauer von Migrant/-innen in Deutschland noch immer bestehen, Rechnung zu tragen. Anzustreben ist eine verstärkte Öffnung und Erweiterung der bestehenden Gesundheitsdienste, der Aufbau von interkulturellen Teams zur qualifizierten kultursensiblen Beratung und Behandlung, z.B. in ethno-medizinischen Zentren, sowie die Erweiterung von Curricula um interkulturelle Inhalte.

Ein besonderer Handlungsbedarf besteht bei Flüchtlingskindern, die in vielen Fällen von einer Leistungsgewährung nach SGB XII ausgeschlossen sind. Bisher gilt für Kinder von Asylbewerbern, Geduldeten, Ausreisepflichtigen und Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen die Sonderregelung des Asylbewerberleistungsgesetzes, nach der nur Sachleistungen oder ein abgesenkter Regelsatz gezahlt wird. Dieser liegt bis zu 35 % unter dem Regelsatz nach SGB XII. Der normale Regelsatz wird erst nach frühestens vier Jahren gezahlt. Betroffen von dieser sozialrechtlichen Schlechterstellung sind derzeit ca. 50.000 Kinder in Deutschland.

7. Gesundes Aufwachsen ermöglichen

Das Deutsche Kinderhilfswerk fordert die gezielte Bewegungsförderung und die gesunde Ernährung als Schwerpunktthemen in Kita und Schule, insbesondere in Brennpunktgebieten, sowie kostengünstige Zugänge zu Freizeit- und Ferienangeboten.

Armut und gesundheitliche Risikofaktoren gehen Hand in Hand. Trotz der prinzipiell kostenlosen Gesundheitsversorgung für Kinder und der kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen werden insbesondere sozial benachteiligte Mädchen und Jungen von diesen Angeboten nicht erreicht⁵. Zahlreiche neuere Untersuchungen wie die KIGGS-Studie, die Bella-Studie oder die HBSC-Studie haben drastische Alarmzeichen herausgearbeitet: Etwa eine deutlich höhere postnatale Säuglingssterblichkeit als in den oberen sozialen Schichten, eine zweimal höhere Mortalitätsrate durch Unfälle als bei Kindern aus privilegierteren Schichten, ein sehr viel häufigeres Auftreten akuter Erkrankungen und eine höhere Anfälligkeit für chronische Erkrankungen, ein Drittel der Kinder von Langzeitarbeitslosen nicht ausreichend geimpft. Gleichzeitig sind Familien in belasteten Wohngebieten verminderten Wohnumfeldqualitäten, wie etwa deutlich höheren Lärmbelastungen, ausgesetzt.⁶

⁵ Mit der U7a, die im dritten Lebensjahr durchgeführt wird, ist eine wichtige Voraussetzung geschaffen worden, um auch zum Kitaeintritt rechtzeitig gesundheitliche Defizite von Kindern zu erkennen. Entscheidend ist jedoch, dass dieser Untersuchung ein Maßnahmenplan folgt, der mit der Kindertagesstätte abgestimmt wird.

⁶ Bei Essstörungen ist nach ersten Ergebnissen der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS des Robert Koch-Instituts (RKI) vom 16. Mai 2007 der Anteil der Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status mit 27,6 Prozent fast doppelt so hoch wie der in der oberen Sozialschicht (15,5 Prozent).

Oft wird in armen Familien am Essen gespart. In manchen Familien führt das dazu, dass Kinder nicht satt werden. In anderen Familien wird nur das Billigste gekauft, wodurch eine ausgewogene Ernährung nicht stattfindet. Viele von Armut betroffene Kinder kommen ohne Schulbrot in die Schule oder nehmen nicht am Schulessen teil. Das ist den Kindern oft peinlich, manche sagen „es schmeckt nicht“ – auch wenn sie es vielleicht nie probiert haben. Deshalb sind vorhandene Erkenntnisse, die Kindern helfen, ihre Ressourcen auszubauen, wie sie in den Konzepten der Salutogenese und Resilienz herausgearbeitet wurden – über Modellprojekte hinaus – von großer Bedeutung.

In Schule und Kindertagesstätte können Heranwachsende, unabhängig von ihrem sozialen Status, gesunde Verhaltensweisen leben lernen. Gesundheits- und Bewegungsförderung bezieht sich in diesen Einrichtungen häufig auf Rahmenbedingungen wie die Gestaltung von Gebäuden, Schulhof und Schulweg. Seltener schließen sie die Inhalte des Unterrichts selbst ein, wie beispielsweise gesundheitsbezogene Projektstage oder -wochen. In diesem Kontext könnte das Fach "Gesundheitsbildung" erprobt und unter intensiver Beteiligung der Kinder und Eltern sowie von lokalen Fachkräften eingeführt werden. Darüber können Kinder auch schon frühzeitig mit gesunden Ernährungsgewohnheiten vertraut gemacht werden. Ferner muss in Schulen „bewegtes Lernen“ verstärkt thematisiert und durch geeignete Instrumente wie die Ausgestaltung eines bewegungsorientierten Nachmittagsangebotes durch Arbeitsgemeinschaften und Sportvereine oder die Bewegungsbaustelle des Deutschen Kinderhilfswerkes unterstützt werden.

Mit dem Programm „Eine Mahlzeit für alle Kinder“ unterstützt das Deutsche Kinderhilfswerk Maßnahmen, die allen Schülerinnen und Schülern – auch außerhalb von Ganztagsangeboten und zur Mittagszeit – eine ausgewogene Ernährung ermöglicht. Gleichzeitig würden wir es begrüßen, wenn wie in Finnland eine allgemeine kostenfreie Schulspeisung finanziert werden würde.

Schließlich sind Kinder in armen Familien oftmals von Freizeitangeboten und damit von Bewegungs- und Erholungsaktivitäten ausgeschlossen. Ihre Eltern können die Kosten für die Klassen- oder Ferienfahrt nicht aufbringen und öffentliche Zuschüsse oder kostengünstige Angebote sind rar. Der Abbau von staatlich geförderten Freizeitangeboten wirkt hier verstärkend. Das Deutsche Kinderhilfswerk fördert deshalb über den Kindernothilfefonds gezielt Ferienfahrten für arme Kinder. Defizitäre Wohnumfeldqualitäten in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf wirken in diesem Zusammenhang verstärkend. Daher muss durch Stadtteilentwicklungsprogramme eine deutliche Verbesserung der Spiel-, Freizeit- und Bewegungsqualitäten erzielt werden. Entsprechend sind auch die Vernetzung der Akteure im Stadtteil und die Bündelung ihrer Ressourcen voranzutreiben.

Stand: 23.04.2009

Dieses Positionspapier ist Teil der bundesweiten Kampagne des Deutschen Kinderhilfswerkes zum Thema Chancengleichheit für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

Bekämpfung von Kinderarmut

Forderungen und eigene Handlungsfelder des Deutschen Kinderhilfswerkes

Forderungen	1. Nationales Programm Verzahnte politische Strategie für die Felder Arbeitsmarkt, Familie, Bildungspolitik, Gesundheit, Soziales, Stadtentwicklung und Wohnungsbau unter Einbezug entsprechender gesellschaftlicher Akteure durch die Bundesregierung umsetzen - Zweiseitigen Generationenvertrag entwickeln - Kinderrechte im Grundgesetz verankern					
	2. Verteilungsgerechtigkeit herstellen Beseitigung der im Steuersystem verankerten strukturellen Benachteiligung von Familien Eigenständige Kindergrundsicherung Soziokulturelles Existenzminimum entlang den allgemeinen und individuellen Bedarfen von Kindern entwickeln	3. Mitbestimmungs- und Mitwirkungs-chancen schaffen Mitwirkung von Kindern und Jugendlichen in Kommune, Schule und Kita verbindlich sichern Partizipation benachteiligter Gruppen weiterentwickeln	4. Bildungschancen sicherstellen Nach oben durchlässiges Schulsystem und ein längeres gemeinsames Lernen aller Schüler/innen Individuelle Förderprogramme für benachteiligte Schüler/innen Flächendeckender Ausbau der Ganztagschule Lernmittelfreiheit	5. Betreuungs-qualitäten steigern Anpassung der personellen Ausstattung in Einrichtungen der frühkindlichen Bildung an die EU-Richtlinien Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter/-innen Verbindliches Bildungsprogramm bis zum zehnten Lebensjahr, das die Ressourcen und Beteiligungsmöglichkeiten der Kinder in den Mittelpunkt stellt	6. Gezielte Förderung von Migrantenkindern Gezielte Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund Verbesserung der gesundheitlichen Beratung und Versorgung von Familien mit Migrationshintergrund Ein Bildungsprogramm, das um interkulturelle Inhalte ergänzt wird	7. Gesundes Aufwachsen ermöglichen Bewegungsfördernde Angebote in Schule und Stadtteil gewährleisten Eine warme Mahlzeit für jedes Kind sicherstellen Gesunde Ernährung als Schwerpunktthema in Kita und Schule, insbesondere in Brennpunktgebieten. Ferienerholung ermöglichen
Handlungsfelder	Kinderreport (zweijährlich)	Fachtagungen, Seminar- und Weiterbildungsangebote Förderung von Modellprojekten	Seminar- und Weiterbildungsangebote Förderprogramm (Guter Schulstart)	Seminarangebote Förderung von Modellprojekten	Förderung von chancengleicher Medienkompetenz Förderung von Modellprojekten	Innovative Wege der kinderfreundlichen Stadtgestaltung mit Kommunen entwickeln Förderprogramm „Eine Mahlzeit für alle Kinder“ und „Ferienglück“ Bewegungsbaustelle

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt

A. Problem und Ziel

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Wegen der konjunkturellen Krise, aber auch wegen struktureller Defizite am Arbeitsmarkt ist die Entwicklung bei der Arbeitslosigkeit gegenwärtig nicht zufriedenstellend. Die Bundesregierung hat deshalb im Jahr 2002 die Kommission Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt mit dem Auftrag eingesetzt, Vorschläge zur Herstellung einer neuen Ordnung auf dem Arbeitsmarkt zu erarbeiten. Die von der Kommission vorgelegten Vorschläge sind aus der Sicht der Bundesregierung geeignet, den Abbau der Arbeitslosigkeit nachhaltig zu beschleunigen. Dieser Auffassung schließen sich die Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an. Ein Teil der Empfehlungen der Kommission wurde zum 1. Januar 2003 im Ersten und Zweiten Gesetz für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt umgesetzt. Mit dem Dritten und Vierten Gesetz für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt soll die Umsetzung der Vorschläge der Kommission abgeschlossen werden.

Die Kommission Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt hat dargelegt, dass das gegenwärtige Nebeneinander zweier staatlicher Fürsorgesysteme – der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für Erwerbsfähige – ineffizient, intransparent und wenig bürgerfreundlich ist. Mit den finanziellen Folgen einer effizienten Gestaltung der unterschiedlichen sozialen Transfersysteme Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für die Gebietskörperschaften hat sich die Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen befasst. Nach ihrer Auffassung ist Abhilfe nur durch eine Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Hilfebedürftige möglich. Diese Auffassung wird durch die Zwischenergebnisse der Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe (MoZArT) bestätigt. Zwischenergebnisse der Modellvorhaben „Förderung der Arbeitsaufnahme – integriert und regulär“ (FAIR) zeigen, dass durch intensivere Unterstützung der Hilfebedürftigen die Eingliederung in Arbeit deutlich beschleunigt werden kann.

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass insbesondere Familien von Armut bedroht sein können. Die Bundesregierung hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, alle Anstrengungen zu unternehmen, um Armut von Kindern zu vermindern. Diesem Ziel schließen sich die Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an. Allein rd. 1 000 000 Kinder sind im heutigen Sozialhilfebezug und werden mit ihren Familien in Zukunft i. d. R. Anspruch auf das neue „Arbeitslosengeld II“ haben. Zusätzlich

zu diesen werden nach der geplanten Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe weitere Kinder und deren Familien aus der Arbeitslosenhilfe in das Arbeitslosengeld II wechseln. Es soll jedoch verhindert werden, dass Familien allein wegen der Unterhaltsbelastung für ihre Kinder auf Arbeitslosengeld II angewiesen sind. Ergänzend hierzu ist ein Arbeitsanreiz durch eine gezielte Förderung einkommensschwacher Familien erforderlich.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende würde sich die Zahl der anspruchsberechtigten Wohngeldbezieher voraussichtlich von derzeit ca. 2,8 Millionen (Kosten ca. 4,5 Mrd. Euro für Bund und Länder zusammen) auf ca. 3,5 Millionen Personen (Kosten ca. 5,7 Mrd. Euro) erhöhen; hiervon wären ca. 2,5 Millionen Wohngeldbezieher zugleich Empfänger einer Transferleistung. Damit einhergehend würden die Verwaltungskosten für das Wohngeld von zur Zeit 120 Mio. Euro auf rd. 300 Mio. Euro pro Jahr steigen.

B. Lösung

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Hilfebedürftige zu einer Grundsicherung für Arbeitsuchende und intensivere Unterstützung der Hilfebedürftigen bei der Eingliederung in Arbeit.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll die Eigeninitiative von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen durch schnelle und passgenaue Eingliederung in Arbeit unterstützen. Die Bundesagentur für Arbeit kann dafür die im Dritten Buch Sozialgesetzbuch geregelten Instrumente einsetzen und darüber hinaus unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle im Einzelfall für die Eingliederung erforderlichen Hilfen leisten. Soweit die Eingliederung nicht möglich ist, wird der Lebensunterhalt der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen durch pauschalisierte bedarfsdeckende Leistungen und die Einbeziehung in die Sozialversicherung gesichert.

Die Eingliederung in Arbeit soll dadurch unterstützt und intensiviert werden, dass

- ein Mitarbeiter der Agentur für Arbeit als persönlicher Ansprechpartner für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen benannt wird,
- ein Mitarbeiter der Agentur für Arbeit künftig durchschnittlich nur noch 75 erwerbsfähige Hilfebedürftige betreut.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll von der Bundesagentur für Arbeit im Auftrag des Bundes erbracht und aus Steuermitteln des Bundes finanziert werden.

Die Beauftragung der Bundesagentur für Arbeit soll bundesweit die gleichmäßige Anwendung des Rechts für vergleichbare Sachverhalte gewährleisten, die Kompetenz der Bundesagentur für Arbeit als Träger der Arbeitslosenversicherung und ihr bundesweites Netz von Agenturen für Arbeit nutzen. Die Kompetenz insbesondere der Kommunen bei der Eingliederung Hilfebedürftiger in Arbeit soll im Rahmen von Vereinbarungen zwischen den Agenturen für Arbeit und den Kommunen genutzt werden.

Die Bundesagentur für Arbeit soll nicht alle Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende selbst erbringen, sondern Einrichtungen und Dienste Dritter nutzen, soweit sie vorhanden sind, ausgebaut oder in Kürze geschaffen werden können.

Die Übernahme der Finanzverantwortung durch den Bund soll nach geltendem Recht mögliche Lastenverschiebungen zwischen Bund und Kommunen verhindern und die Kommunen finanziell entlasten.

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Einführung einer dem Arbeitslosengeld II vorgelagerten einkommensabhängigen Leistung, die zusammen mit dem Kindergeld und dem auf Kinder entfallenden Wohngeldanteil den durchschnittlichen Bedarf von Kindern an Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld abdeckt. Die neue Leistung ist auf das Arbeitslosengeld II abgestimmt und verstärkt dessen Arbeitsanreize.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Zur Reduzierung des Verwaltungsaufwandes soll bestimmt werden, dass Transferleistungsempfänger kein Wohngeld erhalten. Ihre Unterkunftskosten sollen ausschließlich auf der Grundlage des jeweiligen Leistungsgesetzes abgedeckt werden. In diesem Zusammenhang soll in den Leistungsgesetzen ein teilweiser Ausschluss der Rückforderung verankert werden.

Im Übrigen sollen im Wesentlichen die Einkommensermittlungs- und Verfahrensvorschriften des Wohngeldgesetzes und des Wohnraumförderungsgesetzes sowie das Erste Buch Sozialgesetzbuch geändert werden.

C. Alternativen

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Gesetzesantrag des Landes Hessen: Entwurf eines Gesetzes zum optimalen Fördern und Fordern in Vermittlungsagenturen (OFFENSIV-Gesetz), Bundesratsdrucksache 443/02 vom 21. Mai 2002

Gesetzesantrag des Landes Bayern: Entwurf eines Gesetzes zum Fördern und Fordern arbeitsfähiger Sozialhilfeempfänger und Arbeitslosenhilfebezieher (Fördern-und-Fordern-Gesetz), Bundesratsdrucksache 804/02 vom 29. Oktober 2002

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Verbleib der entsprechenden Familien im Bezug des Arbeitslosengelds II.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Zu der dargestellten Vereinfachung sowie zu den beabsichtigten Ergänzungen des Wohngeldrechts gibt es keine Alternative.

D. Finanzielle Auswirkungen

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit der gleichzeitigen Änderung des Wohngeldgesetzes hat folgende finanzielle Auswirkungen auf die Gebietskörperschaften und die Bundesanstalt für Arbeit:

	Juli-Dez. 2004	2005	2006	2007
	in Mrd. Euro, + Belastung/- Entlastung			
Bundesanstalt für Arbeit				
Entlastung der BA bei Eingliederungsleistungen				
Personalkosten, Unterhaltsgeld	-3,1	-6,2	-6,2	-6,2
Belastung der BA durch Aussteuerungsquote	3,1	5,9	5,6	5,2
Saldo der Be-/Entlastung der BA	0,0	-0,3	-0,6	-0,9
Länder				
Entlastung der Länder bei Eingliederungsleistungen				
für erwerbsfähige Bezieher von HLU	-0,3	-0,5	-0,5	-0,5
Mehrausgaben der Länder für Wohngeld aufgrund				
der Einführung der Grundsicherung für Arbeit-				
suchende	0,3	0,6	0,5	0,5
Minderausgaben der Länder für Wohngeld aufgrund				
der Vereinfachung des Wohngeldrechts	-1,2	-2,5	-2,4	-2,4
Belastung der Länder durch Verminderung des Umsatz-				
steueranteils der Länder	1,2	2,4	2,3	2,4
Saldo der Be-/Entlastung der Länder	0,0	0,0	0,0	0,0
Kommunen				
Entlastung der Kommunen durch Wegfall der				
Sozialhilfeausgaben für Erwerbsfähige	-5,8	-11,6	-11,6	-11,6
Belastung der Kommunen durch die Übergangsregelung				
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	1,8	2,5	1,7	0,0
Belastung der Kommunen durch höhere Ausgaben für				
Unterkunftskosten für verbleibende Sozialhilfe-				
bezieher und Bezieher von Grundsicherung				
aufgrund der Vereinfachung des Wohngeldrechts	0,6	1,3	1,3	1,3
Belastung der Kommunen durch Verminderung des				
Umsatzsteueranteils der Länder*	1,5	5,3	6,2	7,8
Saldo der Be-/Entlastung der Kommunen				
zur Stärkung der Investitionskraft und				
zum Ausbau der Kinderbetreuung	-1,9	-2,5	-2,5	-2,5
Bund				
Belastung des Bundes durch Grundsicherung für				
Arbeitssuchende	15,2	26,3	24,2	23,7
Entlastung des Bundes durch die Übergangsregelung				
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	-1,8	-2,5	-1,7	0,0
Entlastung des Bundes durch den Wegfall der				
Ausgaben für Arbeitslosenhilfe	-6,7	-12,8	-12,2	-12,4
Entlastung des Bundes durch Kompensation von BA				
Minderausgaben des Bundes für Wohngeld aufgrund				
der Vereinfachung des Wohngeldrechts	-1,2	-2,5	-2,4	-2,4
Belastung des Bundes durch höhere Ausgaben für Unter-				
kunftskosten für Bezieher der Grundsicherung				
aufgrund der Vereinfachung des Wohngeldrechts	1,9	3,7	3,4	3,4
Entlastung des Bundes durch Kompensation von				
Ländern und Kommunen (Erhöhung des Umsatz-				
steueranteils des Bundes)	-2,7	-7,7	-8,5	-10,2
Saldo der Be-/Entlastung des Bundes	1,5	-1,6	-2,7	-3,1
davon bereits in den Haushaltsplan eingestellt	1,5			
verbleibender Saldo der Be-/Entlastung				
des Bundes	0,0	-1,6	-2,7	-3,1

Annahmen: Ökonomische Eckwerte des interministeriellen Arbeitskreises der Bundesregierung von April 2003, Verminderung der Zahl der Bezieher der neuen Leistung wegen intensiverer Betreuung (Effizienzgewinne) von 15 % ab 2006.

* es wird davon ausgegangen, dass die Länder die Belastungen durch Abgabe von Umsatzsteuerpunkten bei den Kommunen refinanzieren, soweit sie nicht Entlastungen der Länder ausgleichen; vgl. Begründung zu den Artikeln 29 und 30 und zur Anpassung der Umsatzsteuerverteilung im Einzelnen.

2. Haushaltsausgaben mit Vollzugaufwand

Die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende führt mittelfristig zur Einsparung von rd. 1,3 Mrd. Euro Personal- und Verwaltungskosten bei den Kommunen. Diesen Einsparungen stehen entsprechende Mehraufwendungen für Personal- und Verwaltungskosten bei der Bundesagentur gegenüber. Alle internationalen Erfahrungen belegen, dass eine entscheidende Verringerung der Langzeitarbeitslosigkeit nur mit einer intensiven Betreuung möglich ist. Die Bundesregierung plant deshalb eine erhebliche Aufstockung des Personaleinsatzes für die Integration von Langzeitarbeitslosen. Angestrebt wird ein Verhältnis zwischen Fallmanagern und Leistungsempfängern von 1 : 75. Dies wird von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN unterstützt. Im Vergleich zur Gesamtzahl der bisher bei der Bundesanstalt für Arbeit für Arbeitslosenhilfe und bei den Sozialhilfeträgern beschäftigten Mitarbeiter ist hierfür der zusätzliche Einsatz von ca. 11 800 Mitarbeitern für die Betreuung erforderlich.

Den Mehrausgaben für die zusätzlichen Fallmanager stehen deutlich höhere Einsparungen durch eine Steigerung der Effizienz bei der verwaltungsmäßigen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende gegenüber, die mittelfristig zu einem erheblichen Absinken der Zahl der Leistungsbezieher führen wird.

E. Sonstige Kosten

Keine

F. Gleichstellungspolitische Bedeutung

Das Gesetz berücksichtigt die Prinzipien des „Gender Mainstreaming“. Sein Ziel ist es, geschlechtsspezifischen Nachteilen entgegenzuwirken. Das Gesetz sieht vor, dass die familienspezifischen Lebensverhältnisse von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die Kinder oder pflegebedürftige Angehörige betreuen, zu beachten sind. Hilfebedürftigen, die ein eigenes Kind oder ein Kind des Partners bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres betreuen, ist eine Arbeit nicht zumutbar. Kindern Arbeitsuchender ist bevorzugt ein Platz in einer Tageseinrichtung zur Verfügung zu stellen.

Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Zweites Buch Sozialgesetzbuch	Artikel 31	Änderung der Abgabenordnung
Artikel 2	Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 32	Änderung des Berlinförderungsgesetzes
Artikel 3	Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 33	Änderung des Einkommensteuergesetzes
Artikel 4	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 34	Änderung des Lastenausgleichsgesetzes
Artikel 5	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 35	Änderung des Entwicklungshelfer-Gesetzes
Artikel 6	Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 36	Änderung des Kündigungsschutzgesetzes
Artikel 7	Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 37	Änderung des Gesetzes über Bergmannsprämien
Artikel 8	Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 38	Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes
Artikel 9	Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 39	Änderung des Berufsbildungsförderungsgesetzes
Artikel 10	Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 40	Änderung des Berufsbildungsgesetzes
Artikel 11	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 41	Änderung des Vorruhestandsgesetzes
Artikel 12	Änderung des Infektionsschutzgesetzes	Artikel 42	Änderung des Altersteilzeitgesetzes
Artikel 13	Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes	Artikel 43	Änderung des Beiträge-Rückzahlungsgesetzes
Artikel 14	Änderung des Aufstiegsfortbildungsgesetzes	Artikel 44	Änderung des Bundesversorgungsgesetzes
Artikel 15	Änderung des Gesetzes über den Abbau der Fehlsubventionierung im Wohnungswesen	Artikel 45	Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes
Artikel 16	Änderung des Wohnraumförderungsgesetzes	Artikel 46	Änderung des Bundeskindergeldgesetzes
Artikel 17	Änderung des Bundesvertriebenengesetzes	Artikel 47	Änderung der Verordnung über die Ersatzleistungen an die zum Luftschutzdienst herangezogenen Personen und über die Erstattung fortgewährter Leistungen
Artikel 18	Änderung des Ausländergesetzes	Artikel 48	Änderung der Sozialhilfedatenabgleichsverordnung
Artikel 19	Änderung des Asylverfahrensgesetzes	Artikel 49	Ausländergebührenverordnung
Artikel 20	Änderung des Mikozensusgesetzes	Artikel 50	Änderung der Arbeitsaufenthaltsverordnung
Artikel 21	Änderung der Zivilprozessordnung	Artikel 51	Änderung der Freizügigkeitsverordnung/EG
Artikel 22	Änderung des Sozialgerichtsgesetzes	Artikel 52	Änderung der Kindesunterhalt-Vordruckverordnung
Artikel 23	Änderung der Verwaltungsgerichtsordnung	Artikel 53	Änderung der Prozesskostenhilfe-vordruckverordnung
Artikel 24	Änderung des Gerichtsvollzieherkostengesetzes	Artikel 54	Änderung der Wohngeldverordnung
Artikel 25	Änderung des Wohngeldgesetzes	Artikel 55	Änderung der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Arbeitsförderung
Artikel 26	Änderung des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	Artikel 56	Änderung der Ausgleichsrentenverordnung
Artikel 27	Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes	Artikel 57	Aufhebung der Arbeitslosenhilfe-Verordnung
Artikel 28	Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes	Artikel 58	Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
Artikel 29	Änderung des Finanzausgleichsgesetzes	Artikel 59	Neufassung des Wohngeldgesetzes
Artikel 30	Änderung des Solidarpaktfortführungsgesetzes	Artikel 60	Neufassung des Bundeskindergeldgesetzes
		Artikel 61	Inkrafttreten

Artikel 1**Zweites Buch Sozialgesetzbuch
– Grundsicherung für Arbeitsuchende –****Kapitel 1****Fördern und Fordern**

- § 1 Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende
- § 2 Grundsatz des Forderns
- § 3 Leistungsgrundsätze
- § 4 Leistungsarten
- § 5 Nachrang der Leistungen
- § 6 Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Kapitel 2**Anspruchsvoraussetzungen**

- § 7 Berechtigte
- § 8 Erwerbsfähigkeit
- § 9 Hilfebedürftigkeit
- § 10 Zumutbarkeit
- § 11 Zu berücksichtigendes Einkommen
- § 12 Zu berücksichtigendes Vermögen
- § 13 Verordnungsermächtigung

Kapitel 3**Leistungen****Abschnitt 1****Leistungen zur Eingliederung in Arbeit**

- § 14 Grundsatz des Förderns
- § 15 Eingliederungsvereinbarung
- § 16 Leistungen zur Eingliederung
- § 17 Einrichtungen und Dienste für Leistungen zur Eingliederung
- § 18 Örtliche Zusammenarbeit

Abschnitt 2**Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts****Unterabschnitt 1****Arbeitslosengeld II**

- § 19 Arbeitslosengeld II
- § 20 Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts
- § 21 Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt
- § 22 Leistungen für Unterkunft und Heizung
- § 23 Abweichende Erbringung von Regelleistungen
- § 24 Befristeter Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld
- § 25 Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

- § 26 Zuschuss zu Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

- § 27 Verordnungsermächtigung

Unterabschnitt 2**Sozialgeld**

- § 28 Sozialgeld

Unterabschnitt 3**Anreize und Sanktionen**

- § 29 Einstiegsgeld
- § 30 Freibeträge bei Erwerbstätigkeit
- § 31 Absenkung und Wegfall des Arbeitslosengeldes II
- § 32 Absenkung und Wegfall des Sozialgeldes

Unterabschnitt 4**Verpflichtungen anderer**

- § 33 Übergang von Ansprüchen
- § 34 Ersatzansprüche
- § 35 Erbenhaftung

Kapitel 4**Gemeinsame Vorschriften für Leistungen****Abschnitt 1****Zuständigkeit und Verfahren**

- § 36 Örtliche Zuständigkeit
- § 37 Antragserfordernis
- § 38 Vertretung der Bedarfsgemeinschaft
- § 39 Anfechtung von Entscheidungen
- § 40 Anwendung von Verfahrensvorschriften
- § 41 Berechnung der Leistungen
- § 42 Auszahlung der Geldleistungen
- § 43 Aufrechnung
- § 44 Veränderung von Ansprüchen

Abschnitt 2**Gemeinsame Einigungsstelle**

- § 45 Einigungsstelle zur Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit

Kapitel 5**Finanzierung und Aufsicht**

- § 46 Finanzierung aus Bundesmitteln
- § 47 Aufsicht
- § 48 Zielvereinbarungen
- § 49 Innenrevision

Kapitel 7**Datenschutz**

- § 50 Datenübermittlung an Dritte

§ 51 Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch nichtöffentliche Stellen

§ 52 Automatisierter Datenabgleich

Kapitel 8 Statistik und Forschung

§ 53 Statistik

§ 54 Eingliederungsbilanz

§ 55 Wirkungsforschung

Kapitel 9 Mitwirkungspflichten

§ 56 Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit

§ 57 Arbeitsbescheinigung

§ 58 Einkommensbescheinigung

§ 59 Meldepflicht

§ 60 Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht Dritter

§ 61 Auskunftspflichten bei Leistungen zur Eingliederung in Arbeit

§ 62 Schadenersatz

Kapitel 10 Bußgeldvorschriften

§ 63 Bußgeldvorschriften

Kapitel 11 Bekämpfung von Leistungsmissbrauch

§ 64 Zuständigkeit

Kapitel 12 Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 65 Übergangsvorschriften

§ 66 Verordnungsermächtigung

Artikel 1

Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II)

Kapitel 1 Fördern und Fordern

§ 1

Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende

(1) Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, stärken und dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Hilfebedürftige bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können. Die Gleichstellung von Männern und Frauen ist als

durchgängiges Prinzip zu verfolgen. Die Leistungen der Grundsicherung sind insbesondere darauf auszurichten, dass

1. durch eine Erwerbstätigkeit Hilfebedürftigkeit vermeiden oder beseitigt, die Dauer der Hilfebedürftigkeit verkürzt oder der Umfang der Hilfebedürftigkeit verringert wird,
2. die Erwerbsfähigkeit des Hilfebedürftigen erhalten, verbessert oder wieder hergestellt wird,
3. geschlechtsspezifischen Nachteilen von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen entgegengewirkt wird,
4. die familienspezifischen Lebensverhältnisse von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die Kinder erziehen oder pflegebedürftige Angehörige betreuen, berücksichtigt werden,
5. behindertenspezifische Nachteile überwunden werden.

(2) Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst Leistungen

1. zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit insbesondere durch Eingliederung in Arbeit und
2. zur Sicherung des Lebensunterhalts.

§ 2

Grundsatz des Forderns

(1) Erwerbsfähige Hilfebedürftige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen müssen alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung ihrer Hilfebedürftigkeit ausschöpfen. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige muss aktiv an allen Maßnahmen zu seiner Eingliederung in Arbeit mitwirken, insbesondere eine Eingliederungsvereinbarung abschließen. Wenn eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit nicht möglich ist, hat der erwerbsfähige Hilfebedürftige eine ihm angebotene zumutbare Arbeits Gelegenheit zu übernehmen.

(2) Erwerbsfähige Hilfebedürftige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen haben in eigener Verantwortung alle Möglichkeiten zu nutzen, ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften zu bestreiten. Erwerbsfähige Hilfebedürftige müssen ihre Arbeitskraft zur Beschaffung des Lebensunterhalts für sich und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen einsetzen.

§ 3

Leistungsgrundsätze

(1) Leistungen zur Eingliederung in Arbeit können erbracht werden, soweit sie unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Vermeidung oder Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit für die Eingliederung erforderlich sind. Bei den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sind

1. die Eignung,
2. die individuelle Lebenssituation, insbesondere die familiäre Situation,
3. die voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und

4. die Dauerhaftigkeit der Eingliederung

der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu berücksichtigen. Vorrangig sollen Maßnahmen eingesetzt werden, die die unmittelbare Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ermöglichen.

(2) Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind in eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln. Können Hilfebedürftige ohne Berufsabschluss nicht in eine Ausbildung vermittelt werden, soll die Agentur für Arbeit darauf hinwirken, dass die vermittelte Arbeit oder Arbeitsgelegenheit auch zur Verbesserung ihrer beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten beiträgt.

(3) Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts dürfen nur erbracht werden, soweit die Hilfebedürftigkeit nicht anderweitig beseitigt werden kann.

§ 4

Leistungsarten

(1) Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden in Form von

1. Dienstleistungen, insbesondere durch umfassende Betreuung durch einen persönlichen Berater mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit,
2. Geldleistungen, insbesondere zur Eingliederung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Arbeit und zur Sicherung des Lebensunterhalts der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen, und

3. Sachleistungen

erbracht.

(2) Die Agentur für Arbeit wirkt darauf hin, dass erwerbsfähige Hilfebedürftige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen die erforderliche Beratung und Hilfe anderer Träger, insbesondere der Kranken- und Rentenversicherung, erhalten.

§ 5

Nachrang der Leistungen

(1) Auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer, insbesondere der Träger anderer Sozialleistungen, werden durch dieses Buch nicht berührt. Ermessensleistungen dürfen nicht deshalb versagt werden, weil dieses Buch entsprechende Leistungen vorsieht.

(2) Der Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach diesem Buch schließt Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Zwölften Buches aus. Dies gilt nicht für Leistungen nach § 32 Abs. 1 sowie nach § 35 des Zwölften Buches, soweit sie nicht nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 dieses Buches zu übernehmen sind. Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind gegenüber dem Sozialgeld vorrangig.

(3) Stellen Hilfebedürftige trotz Aufforderung einen erforderlichen Antrag auf Leistungen eines anderen Trägers nicht, kann die Agentur für Arbeit den Antrag stellen. Der Ablauf von Fristen, die ohne Verschulden der Agentur für Arbeit verstrichen sind, wirkt nicht gegen die Agentur für

Arbeit; dies gilt nicht für Verfahrensfristen, soweit die Agentur für Arbeit das Verfahren selbst betreibt.

§ 6

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Leistungen nach diesem Buch werden von der Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur) erbracht. Zu ihrer Unterstützung kann sie Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben beauftragen.

Kapitel 2

Anspruchsvoraussetzungen

§ 7

Berechtigte

(1) Leistungen nach diesem Buch erhalten Personen, die

1. mindestens 15 Jahre alt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. erwerbsfähig sind,
3. hilfebedürftig sind und
4. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben,

(erwerbsfähige Hilfebedürftige). Ausländer haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland und erhalten Leistungen nach diesem Buch, wenn die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 vorliegen; dies gilt nicht für Leistungsberechtigte nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Aufenthaltsrechtliche Bestimmungen bleiben unberührt.

(2) Leistungen erhalten auch Personen, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Dienstleistungen und Sachleistungen werden ihnen nur erbracht, wenn dadurch

1. die Hilfebedürftigkeit der Angehörigen der Bedarfsgemeinschaft beendet oder verringert,
2. Hemmnisse bei der Eingliederung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen beseitigt oder vermindert

werden.

(3) Zur Bedarfsgemeinschaft gehören

1. die Erwerbsfähigen,
2. als Partner der Erwerbsfähigen
 - a) der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,
 - b) die Person, die mit dem Erwerbsfähigen in eheähnlicher Gemeinschaft lebt,
 - c) der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner,
3. die dem Haushalt angehörenden minderjährigen, unverheirateten Kinder des Erwerbsfähigen oder seines Partners, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts beschaffen können.

(4) Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die sich in Ausbildung an einer Schule oder Hochschule befinden oder stationär untergebracht sind, erhalten keine Leistungen nach diesem Buch.

§ 8

Erwerbsfähigkeit

(1) Erwerbsfähig ist, wer gegenwärtig oder voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann.

(2) Die Agentur für Arbeit stellt fest, ob Hilfebedürftige erwerbsfähig sind. Teilt der Leistungsträger, der bei Erwerbsunfähigkeit zuständig wäre, die Auffassung der Agentur für Arbeit nicht, entscheidet die Einigungsstelle nach § 45. Bis zu deren Entscheidung erbringt die Agentur für Arbeit Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende.

(3) Im Sinne von Absatz 1 können Ausländer nur erwerbstätig sein, wenn ihnen die Aufnahme einer Beschäftigung ohne Beschränkung erlaubt ist oder durch die Bundesagentur erlaubt werden könnte.

§ 9

Hilfebedürftigkeit

(1) Hilfebedürftig ist, wer seinen Lebensunterhalt, seine Eingliederung in Arbeit und den Lebensunterhalt der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, vor allem nicht

1. durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit,
2. aus dem zu berücksichtigenden Einkommen und Vermögen

sichern kann und die erforderliche Hilfe nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält. Bei Personen, die in einer Bedarfsgemeinschaft leben, sind auch das Einkommen und Vermögen des Partners zu berücksichtigen. Bei minderjährigen unverheirateten Kindern, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil in einer Bedarfsgemeinschaft leben und die die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nicht aus ihrem eigenen Einkommen und Vermögen beschaffen können, sind auch das Einkommen und Vermögen der Eltern oder des Elternteils zu berücksichtigen. Ist in einer Bedarfsgemeinschaft nicht der gesamte Bedarf aus eigenen Kräften und Mitteln gedeckt, gilt jede Person der Bedarfsgemeinschaft im Verhältnis des eigenen Bedarfs zum Gesamtbedarf als hilfebedürftig.

(2) Das Einkommen und Vermögen der Eltern oder eines Elternteils sind nicht zu berücksichtigen, wenn sie mit einem Kind in Bedarfsgemeinschaft leben und dieses Kind schwanger ist oder sein Kind bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres betreut.

(3) Hilfebedürftig ist auch derjenige, dem der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung von zu berücksichtigendem Vermögen nicht möglich ist oder für den sie eine besondere Härte bedeuten würde; in diesem Falle sind die Leistungen als Darlehen zu erbringen.

(4) Leben Hilfebedürftige in Haushaltsgemeinschaft mit Verwandten oder Verschwägerten, so wird vermutet, dass sie von ihnen Leistungen erhalten, soweit dies nach ihrem Einkommen und Vermögen erwartet werden kann.

§ 10

Zumutbarkeit

(1) Dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ist jede Arbeit zumutbar, es sei denn, dass

1. er zu der bestimmten Arbeit körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage ist,
2. die Ausübung der Arbeit ihm die künftige Ausübung seiner bisherigen überwiegenden Arbeit wesentlich erschweren würde, weil die bisherige Tätigkeit besondere körperliche Anforderungen stellt,
3. die Ausübung der Arbeit die Erziehung seines Kindes oder des Kindes seines Partners gefährden würde; die Erziehung eines Kindes, das das dritte Lebensjahr vollendet hat, ist in der Regel dann nicht gefährdet, wenn und soweit unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse in der Familie die Betreuung des Kindes in einer Tageseinrichtung oder in Tagespflege im Sinne der Vorschriften des Achten Buches sichergestellt ist; die Agentur für Arbeit soll darauf hinwirken, dass Alleinerziehenden vorrangig ein Platz zur Tagesbetreuung des Kindes angeboten wird,
4. die Ausübung der Arbeit mit der Pflege eines Angehörigen nicht vereinbar wäre und die Pflege nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann,
5. der Ausübung der Arbeit ein sonstiger wichtiger Grund entgegensteht.

(2) Eine Arbeit ist nicht allein deshalb unzumutbar, weil

1. sie nicht einer früheren beruflichen Tätigkeit des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen entspricht, für die er ausgebildet ist oder die er ausgeübt hat,
2. sie im Hinblick auf die Ausbildung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen als geringerwertig anzusehen ist,
3. der Beschäftigungsort vom Wohnort des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen weiter entfernt ist als ein früherer Beschäftigungs- oder Ausbildungsort,
4. die Arbeitsbedingungen ungünstiger sind als bei den bisherigen Beschäftigungen des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Teilnahme an Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit entsprechend.

§ 11

Zu berücksichtigendes Einkommen

(1) Als Einkommen zu berücksichtigen sind Einnahmen in Geld oder Geldeswert mit Ausnahme der Leistungen nach diesem Buch, der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz und der Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Leben sowie an Körper oder Gesundheit erbracht werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der Kinderzuschlag nach § 6a des Bundeskindergeldgesetzes ist als Einkommen dem jeweiligen Kind zuzurechnen. Dies gilt auch für das Kindergeld für minderjährige Kinder, soweit es bei dem jeweiligen Kind zur Sicherung des Lebensunterhalts benötigt wird.

(2) Vom Einkommen sind abzusetzen

1. auf das Einkommen entrichtete Steuern,
2. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung einschließlich der Beiträge zur Arbeitsförderung,
3. Beiträge in angemessener Höhe zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen
 - a) zur Vorsorge für den Fall der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind,
 - b) zur Altersvorsorge von Personen, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, soweit die Beiträge nicht nach § 26 bezuschusst werden,
4. geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 des Einkommensteuergesetzes, soweit sie den Mindesteigenbeitrag nach § 86 des Einkommensteuergesetzes nicht überschreiten,
5. die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben,
6. für Erwerbstätige ferner ein Betrag nach § 30.

Für die Angemessenheit sind die Lebensumstände während des Bezugs der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende maßgeblich.

(3) Nicht als Einkommen sind zu berücksichtigen

1. Einnahmen, soweit sie als
 - a) zweckbestimmte Einnahmen,
 - b) Zuwendungen der freien Wohlfahrtspflegeeinem anderen Zweck als die Leistungen nach diesem Buch dienen und die Lage des Empfängers nicht so günstig beeinflussen, dass daneben Leistungen nach diesem Buch nicht gerechtfertigt wären,
2. Entschädigungen, die wegen eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, nach § 253 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geleistet werden.

§ 12

Zu berücksichtigendes Vermögen

(1) Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen.

(2) Vom Vermögen sind abzusetzen

1. ein Grundfreibetrag in Höhe von 200 Euro je vollendetem Lebensjahr des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seines Partners, mindestens aber jeweils 4 100 Euro; der Grundfreibetrag darf für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seinen Partner jeweils 13 000 Euro nicht übersteigen,
2. Altersvorsorge in Höhe des nach Bundesrecht ausdrücklich als Altersvorsorge geförderten Vermögens einschließlich seiner Erträge und der geförderten laufenden Altersvorsorgebeiträge, soweit der Inhaber das Altersvorsorgevermögen nicht vorzeitig verwendet,

3. ein Freibetrag für notwendige Anschaffungen in Höhe von 750 Euro für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Hilfebedürftigen.

(3) Als Vermögen sind nicht zu berücksichtigen

1. angemessener Hausrat,
2. ein angemessenes Kraftfahrzeug für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen,
3. vom Inhaber als für die Altersvorsorge bestimmt bezeichnete Vermögensgegenstände in angemessenem Umfang, wenn der erwerbsfähige Hilfebedürftige oder sein Partner von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit ist,
4. ein selbst genutztes Hausgrundstück von angemessener Größe oder eine entsprechende Eigentumswohnung,
5. Sachen und Rechte, soweit ihre Verwertung offensichtlich unwirtschaftlich ist.

Für die Angemessenheit sind die Lebensumstände während des Bezugs der Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende maßgebend.

(4) Das Vermögen ist mit seinem Verkehrswert zu berücksichtigen. Für die Bewertung ist der Zeitpunkt maßgebend, in dem der Antrag auf Bewilligung oder erneute Bewilligung der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende gestellt wird, bei späterem Erwerb von Vermögen der Zeitpunkt des Erwerbs. Wesentliche Änderungen des Verkehrswertes sind zu berücksichtigen.

§ 13

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung zu bestimmen,

1. unter welchen Voraussetzungen davon auszugehen ist, dass ein Antragsteller nicht erwerbsfähig oder nicht hilfebedürftig ist,
2. welche weiteren Einnahmen nicht als Einkommen zu berücksichtigen sind und wie das Einkommen im Einzelnen zu berechnen ist,
3. welche weiteren Vermögensgegenstände nicht als Vermögen zu berücksichtigen sind und wie der Wert des Vermögens zu ermitteln ist,
4. welche Pauschbeträge für die von dem Einkommen abzusetzenden Beträge zu berücksichtigen sind.

Die Rechtsverordnung nach Nummer 2 ist auch im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu erlassen.

Kapitel 3 Leistungen

Abschnitt 1

Leistungen zur Eingliederung in Arbeit

§ 14

Grundsatz des Förderns

Die Agentur für Arbeit unterstützt erwerbsfähige Hilfebedürftige umfassend mit dem Ziel der Eingliederung in Ar-

beit. Sie erbringt unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle im Einzelfall für die Eingliederung in Arbeit erforderlichen Leistungen. Die Agentur für Arbeit soll einen persönlichen Ansprechpartner für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft Lebenden benennen.

§ 15

Eingliederungsvereinbarung

(1) Die Agentur für Arbeit soll mit jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen die für seine Eingliederung erforderlichen Leistungen in einer Eingliederungsvereinbarung festlegen. Die Eingliederungsvereinbarung soll insbesondere bestimmen,

1. welche Leistungen der Erwerbsfähige zur Eingliederung in Arbeit erhält,
2. welche Bemühungen der erwerbsfähige Hilfebedürftige in welcher Häufigkeit zur Eingliederung in Arbeit mindestens unternehmen muss und in welcher Form er die Bemühungen nachzuweisen hat.

Die Eingliederungsvereinbarung soll für sechs Monate geschlossen werden. Danach soll eine neue Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen werden. Bei jeder folgenden Eingliederungsvereinbarung sind die bisher gewonnenen Erfahrungen zu berücksichtigen. Kommt eine Eingliederungsvereinbarung nicht zustande, sollen die Festlegungen nach Satz 2 durch Verwaltungsakt erfolgen.

(2) In der Eingliederungsvereinbarung kann auch festgelegt werden, welche Leistungen die Personen erhalten, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

(3) Wird in der Eingliederungsvereinbarung eine Bildungsmaßnahme festgelegt, ist auch zu bestimmen, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen der erwerbsfähige Hilfebedürftige schadenersatzpflichtig ist, wenn er die Maßnahme aus einem von ihm zu vertretenden Grund nicht zu Ende führt.

§ 16

Leistungen zur Eingliederung

(1) Als Leistungen zur Eingliederung kann die Agentur für Arbeit alle im Dritten Kapitel, im Ersten bis Siebten Abschnitt des Vierten Kapitels, im Ersten und Zweiten Abschnitt des Fünften Kapitels sowie die im Ersten, Fünften und Siebten Abschnitt des Sechsten Kapitels und die in den §§ 417, 421g, 421i und 421k des Dritten Buches geregelten Leistungen erbringen. § 8 des Dritten Buches ist entsprechend anzuwenden. § 41 Abs. 3 Satz 4, § 57 Abs. 4 Satz 1 und 2 des Dritten Buches sind mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass an die Stelle des Arbeitslosengeldes das Arbeitslosengeld II tritt.

(2) Über die in Absatz 1 genannten Leistungen hinaus kann die Agentur für Arbeit weitere Leistungen erbringen oder erbringen lassen, die für die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben erforderlich sind. Dazu gehören insbesondere

1. die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder oder die häusliche Pflege von Angehörigen,

2. die Schuldnerberatung,
3. die psychosoziale Betreuung,
4. die Suchtberatung,
5. die Übernahme von Mietschulden als Darlehen, wenn der drohende Verlust der Wohnung die Aufnahme einer konkret in Aussicht stehenden Beschäftigung verhindern würde,
6. die Förderung von Gelegenheiten für im öffentlichen Interesse liegende zusätzliche Arbeiten, in denen Arbeitslosengeld II zuzüglich einer angemessenen Entschädigung für Mehraufwendungen gezahlt wird; die Arbeiten begründen kein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts; die Vorschriften über den Arbeitsschutz und das Bundesurlaubsgesetz sind entsprechend anzuwenden; für Schäden bei Ausübung ihrer Tätigkeit haften erwerbsfähige Hilfebedürftige nur wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
7. das Einstiegsgeld nach § 29,
8. Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz.

(3) Entfällt die Hilfebedürftigkeit des Erwerbsfähigen während einer Maßnahme zur Eingliederung, kann sie durch Darlehen weiter gefördert werden, wenn bereits zwei Drittel der Maßnahme durchgeführt sind und der Erwerbsfähige diese voraussichtlich erfolgreich abschließen wird.

§ 17

Einrichtungen und Dienste für Leistungen zur Eingliederung

(1) Zur Erbringung von Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sollen die Agenturen für Arbeit eigene Einrichtungen und Dienste nicht neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen und Dienste Dritter vorhanden sind, ausgebaut oder in Kürze geschaffen werden können.

(2) Wird die Leistung von einem Dritten erbracht und sind im Dritten Buch keine Anforderungen geregelt, denen die Leistung entsprechen muss, ist die Agentur für Arbeit zur Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Dritten oder seinem Verband eine Vereinbarung insbesondere über

1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen,
2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzen kann, und
3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen.

§ 18

Örtliche Zusammenarbeit

(1) Die Agenturen für Arbeit arbeiten bei der Erbringung von Leistungen zur Eingliederung in Arbeit unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben nach dem Dritten Buch mit den Beteiligten des örtlichen Arbeitsmarktes, insbesondere den Gemeinden, den Kreisen und Bezirken, den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, den Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie den Kammern und berufsständischen

Organisationen zusammen, um die gleichmäßige oder gemeinsame Durchführung von Maßnahmen zu beraten oder zu sichern und Leistungsmissbrauch zu verhindern oder aufzudecken.

(2) Die Leistungen nach diesem Buch sind in das regionale Arbeitsmarktmonitoring der Agenturen für Arbeit nach § 9 Abs. 2 des Dritten Buches einzubeziehen.

(3) Die Agenturen für Arbeit sollen mit Gemeinden, Kreisen und Bezirken auf deren Verlangen Vereinbarungen über das Erbringen von Leistungen zur Eingliederung nach diesem Gesetz mit Ausnahme der Leistungen nach § 16 Abs. 1 schließen, wenn sie den durch eine Rechtsverordnung festgelegten Mindestanforderungen entsprechen.

(4) Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit wird ermächtigt, ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung zu bestimmen, welchen Anforderungen eine Vereinbarung nach Absatz 3 mindestens genügen muss.

Abschnitt 2

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

Unterabschnitt 1

Arbeitslosengeld II

§ 19

Arbeitslosengeld II

Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten als Arbeitslosengeld II

1. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung,
2. unter den Voraussetzungen des § 24 einen befristeten Zuschlag.

Das Arbeitslosengeld II mindert sich um das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen.

§ 20

Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts

(1) Die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts umfasst insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben. Nicht umfasst sind die in § 5 Abs. 2 Satz 2 dieses Buches genannten Leistungen nach dem Zwölften Buch.

(2) Die monatliche Regelleistung beträgt für Personen, die allein stehend oder allein erziehend sind, in den alten Bundesländern einschließlich Berlin (Ost) 345 Euro, in den neuen Bundesländern 331 Euro.

(3) Haben zwei Angehörige der Bedarfsgemeinschaft das 18. Lebensjahr vollendet, beträgt die Regelleistung jeweils 90 vom Hundert der Regelleistung nach Absatz 2. Die Regelleistung für sonstige erwerbsfähige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft beträgt 80 vom Hundert der Regelleistung nach Absatz 2.

(4) Die Regelleistung nach Absatz 2 wird jeweils zum 1. Juli eines Jahres um den Vomhundertsatz angepasst, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Ren-

tenversicherung verändert. Für die Neubemessung der Regelleistung findet § 29 Abs. 3 Satz 5 des Zwölften Buches entsprechende Anwendung. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit gibt jeweils spätestens zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Höhe der Regelleistung nach Absatz 2, die für die folgenden zwölf Monate maßgebend ist, im Bundesgesetzblatt bekannt.

(5) Beträge nach den Absätzen 2 und 3, die nicht volle Euro ergeben, sind bis zu 0,49 Euro abzurunden und von 0,50 Euro an aufzurunden.

§ 21

Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt

(1) Leistungen für Mehrbedarfe umfassen Bedarfe nach den Absätzen 2 bis 6, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind.

(2) Werdende Mütter, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind, erhalten nach der 12. Schwangerschaftswoche einen Mehrbedarf von 17 vom Hundert der nach § 20 maßgebenden Regelleistung.

(3) Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die mit einem Kind unter sieben Jahren oder die mit zwei oder drei Kindern unter 16 Jahren zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, erhalten einen Mehrbedarf von 35 vom Hundert der nach § 20 maßgebenden Regelleistung; bei vier oder mehr Kindern erhöht sich der Mehrbedarf auf 52 vom Hundert der nach § 20 maßgebenden Regelleistung.

(4) Erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 des Neunten Buches sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit erbracht werden, erhalten einen Mehrbedarf von 35 vom Hundert der nach § 20 maßgebenden Regelleistung. Satz 1 kann auch nach Beendigung der dort genannten Maßnahmen während einer angemessenen Übergangszeit, vor allem einer Einarbeitungszeit, angewendet werden.

(5) Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, erhalten einen Mehrbedarf in angemessener Höhe.

(6) Die Summe des insgesamt gezahlten Mehrbedarfs darf die Höhe der für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen maßgebenden Regelleistung nicht übersteigen.

§ 22

Leistungen für Unterkunft und Heizung

(1) Leistungen für Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, soweit sie angemessen sind. Soweit die Aufwendungen für die Unterkunft den der Besonderheit des Einzelfalles angemessenen Umfang übersteigen, sind sie als Bedarf des allein stehenden Hilfebedürftigen oder der Bedarfsgemeinschaft so lange zu berücksichtigen, wie es dem allein stehenden Hilfebedürftigen oder der Bedarfsgemeinschaft nicht möglich oder nicht zuzumuten ist, durch einen Wohnungswechsel, durch Vermieten oder auf andere Weise die Aufwendungen zu senken, in der Regel jedoch längstens für sechs Monate. Vor Abschluss eines Vertrages über eine neue

Unterkunft soll der erwerbsfähige Hilfebedürftige die Zusicherung der Agentur für Arbeit zu den Aufwendungen für die neue Unterkunft einholen; die Agentur für Arbeit ist nur zur Zusicherung verpflichtet, wenn der Umzug erforderlich ist und die Aufwendungen für die neue Unterkunft angemessen sind.

(2) Wohnungsbeschaffungskosten sowie Mietkautionen und Umzugskosten können bei vorheriger Zusicherung durch die Agentur für Arbeit übernommen werden. Die Zusicherung soll erteilt werden, wenn der Umzug durch die Agentur für Arbeit veranlasst oder aus anderen Gründen notwendig ist und wenn ohne die Zusicherung eine Unterkunft in einem angemessenen Zeitraum nicht gefunden werden kann.

(3) Die Kosten für Unterkunft und Heizung sollen von der Agentur für Arbeit an den Vermieter oder andere Empfangsberechtigte gezahlt werden, wenn die zweckentsprechende Verwendung durch den Hilfebedürftigen nicht sichergestellt ist; der Hilfebedürftige ist hiervon schriftlich zu unterrichten.

§ 23

Abweichende Erbringung von Regelleistungen

(1) Kann im Einzelfall ein von den Regelleistungen umfasster und nach den Umständen unabweisbarer Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts weder durch das Vermögen nach § 12 Abs. 2 Nr. 3 noch auf andere Weise gedeckt werden, erbringt die Agentur für Arbeit bei entsprechendem Nachweis den Bedarf als Sachleistung oder als Geldleistung in Form eines Darlehens. Bei Sachleistungen wird dem Hilfebedürftigen das Darlehen in Höhe des für die Agentur für Arbeit entstandenen Anschaffungswertes erbracht. Das Darlehen wird durch monatliche Aufrechnung in Höhe von bis zu 10 vom Hundert der an den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen jeweils zu zahlenden Regelleistung getilgt. Hierüber ist der Hilfebedürftige vorher zu belehren.

(2) Solange sich der Hilfebedürftige, insbesondere bei Drogen- oder Alkoholabhängigkeit sowie im Falle unwirtschaftlichen Verhaltens, als ungeeignet erweist, mit der Regelleistung nach § 20 seinen Bedarf zu decken, kann die Regelleistung in voller Höhe oder anteilig in Form von Sachleistungen erbracht werden. Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

§ 24

Befristeter Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld

(1) Soweit der erwerbsfähige Hilfebedürftige Arbeitslosengeld II innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld bezieht, erhält er in diesem Zeitraum einen monatlichen Zuschlag. Nach Ablauf des ersten Jahres wird der Zuschlag um 50 vom Hundert vermindert.

(2) Der Zuschlag beträgt zwei Drittel des Unterschiedsbetrages zwischen

1. dem von dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zuletzt bezogenen Arbeitslosengeld und dem nach dem Wohnungsgesetz erhaltenen Wohngeld und

2. dem an den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen zu zahlenden Arbeitslosengeld II nach § 19 Satz 1 Nr. 1 sowie Satz 2 oder Sozialgeld nach § 28.

(3) Der monatlich zu leistende und nur dem Berechtigten nach Absatz 1 als Leistung zuzurechnende Zuschlag ist im ersten Jahr

1. bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen auf höchstens 160 Euro,
2. bei Partnern auf insgesamt höchstens 320 Euro und
3. für die mit dem Zuschlagsberechtigten in Bedarfsgemeinschaft zusammenlebenden minderjährigen Kinder auf höchstens 60 Euro pro Kind

begrenzt.

§ 25

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Erkrankt ein Bezieher von Arbeitslosengeld II, so wird dieses nur bis zur Dauer von sechs Wochen weitergezahlt, wenn ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Die Eingliederungsleistungen für den Erwerbsfähigen und die Ansprüche der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft werden durch den Bezug von Krankengeld nicht berührt.

§ 26

Zuschuss zu Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

Bezieher von Arbeitslosengeld II, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 231 Abs. 1 und 2 des Sechsten Buches), erhalten einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung oder für eine private Alterssicherung gezahlt werden. Der Zuschuss beträgt höchstens 78 Euro monatlich. § 20 Abs. 4 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 27

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung zu bestimmen,

1. welche Aufwendungen für Unterkunft und Heizung angemessen sind und unter welchen Voraussetzungen die Kosten für Unterkunft und Heizung pauschaliert werden können,
2. bis zu welcher Höhe Umzugskosten übernommen werden.

Unterabschnitt 2 Sozialgeld

§ 28

Sozialgeld

(1) Nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft leben, erhal-

ten, soweit sie keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben oder diese Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nicht ausreichen, als Sozialgeld die sich aus § 19 Satz 1 Nr. 1 ergebenden Leistungen mit folgenden Maßgaben entsprechend: Die Regelleistung beträgt bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 60 vom Hundert und im 15. Lebensjahr 80 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung. Leistungen für Mehrbedarfe nach § 21 Abs. 4 werden auch gezahlt, wenn Eingliederungshilfe nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Zwölften Buches erbracht wird. § 21 Abs. 4 Satz 2 gilt auch nach Beendigung der in § 49 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Zwölften Buches genannten Maßnahmen.

(2) Das Sozialgeld mindert sich um das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen.

Unterabschnitt 3 Anreize und Sanktionen

§ 29

Einstiegsgeld

(1) Zur Überwindung von Hilfebedürftigkeit kann erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die arbeitslos sind, bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ein Einstiegsgeld in Form eines Zuschusses erbracht werden, wenn dies zur Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erforderlich ist.

(2) Das Einstiegsgeld wird, soweit für diesen Zeitraum eine Erwerbstätigkeit besteht, für höchstens 24 Monate erbracht. Bei der Bemessung der Höhe des Einstiegsgeldes soll die vorherige Dauer der Arbeitslosigkeit sowie die Größe der Bedarfsgemeinschaft berücksichtigt werden, in der der erwerbsfähige Hilfebedürftige lebt.

(3) Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung zu bestimmen, wie das Einstiegsgeld zu bemessen ist. Hierbei ist bei der Bemessung neben der Berücksichtigung der in Absatz 2 Satz 2 genannten Kriterien auch ein Bezug zu der für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen jeweils maßgebenden Regelleistung herzustellen.

§ 30

Freibeträge bei Erwerbstätigkeit

Bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die erwerbstätig sind, ist von dem um die Absetzbeträge nach § 11 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 bereinigten Einkommen aus Erwerbstätigkeit ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung zuzüglich 15 vom Hundert des diesen Betrag übersteigenden bereinigten Einkommens aus Erwerbstätigkeit, jedoch nicht mehr als ein Betrag in Höhe von

1. 45 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung bei einem Alleinstehenden,
2. 50 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung bei einer Bedarfsgemeinschaft mit zwei Personen,

3. 60 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung bei einer Bedarfsgemeinschaft mit drei Personen,
 4. 70 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung bei einer Bedarfsgemeinschaft mit vier Personen,
 5. 80 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung bei einer Bedarfsgemeinschaft mit fünf und mehr Personen,
- abzusetzen.

§ 31

Absenkung und Wegfall des Arbeitslosengeldes II

Das Arbeitslosengeld II wird unter Wegfall des Zuschlags nach § 24 in einer ersten Stufe um 30 vom Hundert der für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach § 20 maßgebenden Regelleistung abgesenkt, wenn

1. der erwerbsfähige Hilfebedürftige sich trotz Belehrung über die Rechtsfolgen weigert,
 - a) eine ihm angebotene Eingliederungsvereinbarung abzuschließen,
 - b) in der Eingliederungsvereinbarung festgelegte Pflichten zu erfüllen, insbesondere in ausreichendem Umfang Eigenbemühungen nachzuweisen,
 - c) eine zumutbare Arbeit, Ausbildung oder Arbeitsgelegenheit aufzunehmen oder fortzuführen, oder
 - d) zumutbare Arbeit nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 auszuführen,
2. der erwerbsfähige Hilfebedürftige trotz Belehrung über die Rechtsfolgen eine zumutbare Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit abgebrochen oder Anlass für den Abbruch gegeben hat,

es sei denn, der erwerbsfähige Hilfebedürftige weist hierfür einen wichtigen Grund nach. Kommt der erwerbsfähige Hilfebedürftige trotz schriftlicher Belehrung über die Rechtsfolgen einer Aufforderung der Agentur für Arbeit, sich bei ihm zu melden oder bei einem ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin zu erscheinen, nicht nach und weist er hierfür keinen wichtigen Grund nach, wird das Arbeitslosengeld II unter Wegfall des Zuschlags nach § 24 in einer ersten Stufe um 10 vom Hundert der für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach § 20 maßgebenden Regelleistung abgesenkt.

(2) Im Falle einer wiederholten Pflichtverletzung nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 wird das Arbeitslosengeld II zusätzlich um jeweils den Vomhundertsatz der nach § 20 maßgebenden Regelleistung gemindert, um den es in der ersten Stufe nach Absatz 1 gemindert wurde. Hierbei können auch die Leistungen nach den §§ 21 bis 23 betroffen sein. Bei einer Minderung der Regelleistung um mehr als 30 vom Hundert kann die Agentur für Arbeit in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen, insbesondere in Form von Lebensmittelgutscheinen, erbringen. Die Agentur für Arbeit soll Leistungen nach Satz 3 erbringen, wenn der Hilfebedürftige mit minderjährigen Kindern in Bedarfsgemeinschaft lebt. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige ist vorher über die Rechtsfolgen nach den Sätzen 1 bis 4 zu belehren.

(3) Mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 2 gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend

1. bei einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, der nach Vollendung des 18. Lebensjahres sein Einkommen oder Vermögen in der Absicht vermindert hat, die Voraussetzungen für die Gewährung oder Erhöhung des Arbeitslosengeldes II herbeizuführen,
2. bei einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, der trotz Belehrung über die Rechtsfolgen sein unwirtschaftliches Verhalten fortsetzt,
3. bei einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen,
 - a) dessen Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht oder erloschen ist, weil die Agentur für Arbeit den Eintritt einer Sperrzeit oder das Erlöschen des Anspruchs nach den Vorschriften des Dritten Buches festgestellt hat oder
 - b) der die in dem Dritten Buch genannten Voraussetzungen für den Eintritt einer Sperrzeit erfüllt, die das Ruhen oder Erlöschen eines Anspruchs auf Arbeitslosengeld begründen.

(4) Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 15. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, erhalten unter den in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 genannten Voraussetzungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 22 kein Arbeitslosengeld II; die nach § 22 Abs. 1 angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung sollen von der Agentur für Arbeit an den Vermieter oder andere Empfangsberechtigte gezahlt werden. Absatz 2 Satz 3 bis 5 sowie Absatz 5 gelten entsprechend.

(5) Die in Absatz 1 bis 4 genannten Rechtsfolgen treten für die Dauer von drei Monaten ein; maßgebend ist der Beginn des auf das Wirksamwerden des Verwaltungsaktes, der die Absenkung oder den Wegfall der Leistung feststellt, folgenden Kalendermonats. Während der Absenkung oder des Wegfalls der Leistung besteht kein Anspruch auf ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach den Vorschriften des Zwölften Buches. Über die Rechtsfolgen nach den Sätzen 1 und 2 ist der erwerbsfähige Hilfebedürftige vorher zu belehren.

§ 32

Absenkung und Wegfall des Sozialgeldes

§ 31 Abs. 1 und 2 sowie Abs. 5 gilt entsprechend für Bezieher von Sozialgeld nach § 28, wenn bei diesen Personen die in § 31 Abs. 1 Satz 2 oder Abs. 3 Nr. 1 und 2 genannten Voraussetzungen vorliegen.

Unterabschnitt 4 Verpflichtungen anderer

§ 33

Übergang von Ansprüchen

(1) Hat der Empfänger von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld einen Anspruch gegen einen Anderen, der nicht Leistungsträger ist, kann die Agentur für Arbeit durch schriftliche Anzeige an den Anderen bewirken, dass der Anspruch bis zur Höhe der erbrachten Leistungen auf die Agentur für Arbeit übergeht. Der Übergang des Anspruchs darf nur bewirkt werden, soweit bei rechtzeitiger Leistung

des Anderen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nicht erbracht worden wären. Der Übergang wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann.

(2) Der Übergang eines Unterhaltsanspruchs nach bürgerlichem Recht darf nicht bewirkt werden, wenn die unterhaltsberechtigte Person

1. mit dem Verpflichteten in einer Bedarfsgemeinschaft lebt,
2. mit dem Verpflichteten im zweiten oder in einem entfernteren Grade verwandt ist, oder
3. schwanger ist oder ihr leibliches Kind bis zur Vollendung seines sechsten Lebensjahres betreut.

Der Übergang darf nur bewirkt werden, soweit das Einkommen und Vermögen der unterhaltsverpflichteten Person das nach den §§ 11 und 12 zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen übersteigt. Die Agentur für Arbeit kann den Übergang eines Unterhaltsanspruchs für die Vergangenheit nur unter den Voraussetzungen des § 1613 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bewirken. Sie kann bis zur Höhe des bisherigen monatlichen Arbeitslosengeldes II oder Sozialgeldes auch auf zukünftige Leistungen klagen, wenn das Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld voraussichtlich noch längere Zeit erbracht werden muss.

(3) Die schriftliche Anzeige an den Anderen bewirkt, dass der Anspruch für die Zeit übergeht, für die dem Hilfebedürftigen Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld ohne Unterbrechung erbracht wird; als Unterbrechung gilt ein Zeitraum von mehr als zwei Monaten.

(4) Die §§ 115 und 116 des Zehnten Buches gehen der Regelung des Absatzes 1 vor.

§ 34

Ersatzansprüche

(1) Wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres vorsätzlich oder grob fahrlässig

1. die Voraussetzungen für seine Hilfebedürftigkeit oder die Hilfebedürftigkeit von Personen, die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft leben, oder
2. die Zahlung von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld an sich oder an Personen, die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft leben,

ohne wichtigen Grund herbeigeführt hat, ist zum Ersatz der deswegen gezahlten Leistungen verpflichtet. Von der Geltendmachung des Ersatzanspruches ist abzusehen, soweit sie den Ersatzpflichtigen künftig von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach diesem Buch oder von Leistungen nach dem Zwölften Buch abhängig machen würde.

(2) Eine nach Absatz 1 eingetretene Verpflichtung zum Ersatz der Leistungen geht auf den Erben über; sie ist auf den Nachlasswert im Zeitpunkt des Erbfalles begrenzt.

(3) Der Ersatzanspruch erlischt drei Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Leistung erbracht worden ist. Die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten sinngemäß; der Erhebung der Klage steht der Erlass eines Leistungsbescheides gleich.

§ 35

Erbenhaftung

(1) Der Erbe eines Empfängers von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ist der Agentur für Arbeit zum Ersatz der Leistungen verpflichtet, soweit sie innerhalb der letzten zehn Jahre vor dem Erbfall erbracht worden sind und 1 700 Euro übersteigen. Die Ersatzpflicht ist auf den Nachlasswert im Zeitpunkt des Erbfalls begrenzt.

(2) Der Ersatzanspruch ist nicht geltend zu machen,

1. soweit der Wert des Nachlasses unter dem Betrag von 15 500 Euro liegt, wenn der Erbe der Partner des Leistungsempfängers war oder mit diesem verwandt war und nicht nur vorübergehend bis zum Tode des Leistungsempfängers mit diesem in häuslicher Gemeinschaft gelebt und ihn gepflegt hat,
2. soweit die Inanspruchnahme des Erben nach der Besonderheit des Einzelfalles eine besondere Härte bedeuten würde.

(2) Der Ersatzanspruch erlischt drei Jahre nach dem Tod des Leistungsempfängers. § 34 Abs. 3 Satz 2 gilt sinngemäß.

Kapitel 4**Gemeinsame Vorschriften für Leistungen****Abschnitt 1****Zuständigkeit und Verfahren**

§ 36

Örtliche Zuständigkeit

Für Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zur Eingliederung in Arbeit ist die Agentur für Arbeit zuständig, in deren Bezirk der erwerbsfähige Hilfebedürftige seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

§ 37

Antragserfordernis

(1) Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden auf Antrag erbracht.

(2) Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden nicht für Zeiten vor der Antragstellung erbracht. Ist die zuständige Agentur für Arbeit an einem Tag, an dem der erwerbsfähige Hilfebedürftige Leistungen beantragen will, nicht geöffnet, so wirkt ein unverzüglich gestellter Antrag auf den Tag zurück, an dem die Agentur für Arbeit geschlossen war.

§ 38

Vertretung der Bedarfsgemeinschaft

Soweit Anhaltspunkte nicht entgegenstehen, wird vermutet, dass der erwerbsfähige Hilfebedürftige bevollmächtigt ist, Leistungen nach diesem Buch auch für die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen zu beantragen und entgegenzunehmen. Leben mehrere erwerbsfähige Hilfebedürftige in einer Bedarfsgemeinschaft, gilt diese Vermutung zugunsten desjenigen, der die Leistungen beantragt.

§ 39

Anfechtung von Entscheidungen

Widerspruch und Klage gegen einen Verwaltungsakt, der

1. über Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende entscheidet oder
 2. den Übergang eines Anspruchs bewirkt,
- haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 40

Anwendung von Verfahrensvorschriften

(1) Die Vorschriften des Dritten Buches über

1. die Aufhebung von Verwaltungsakten (§ 330 Abs. 1, 2, 3 Satz 1 und 4),
2. vorläufige Zahlungseinstellung (§ 331) und
3. Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (§ 335 Abs. 1, 2 und 5)

sind entsprechend anwendbar.

(2) Abweichend von § 50 des Zehnten Buches sind 56 vom Hundert der bei der Leistung nach § 19 Satz 1 Nr. 1 Satz 2 und § 28 berücksichtigten Kosten der Unterkunft, mit Ausnahme der Kosten für Heizungs- und Warmwasserversorgung, außer in den Fällen des § 45 Abs. 2 Satz 3, § 48 Abs. 1 Satz 2 des Zehnten Buches nicht zu erstatten.

§ 41

Berechnung der Leistungen

Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts besteht für jeden Kalendertag. Der Monat wird mit 30 Tagen berechnet. Stehen die Leistungen nicht für einen vollen Monat zu, wird die Leistung anteilig erbracht. Die Leistungen sollen jeweils für sechs Monate bewilligt und monatlich im Voraus erbracht werden.

§ 42

Auszahlung der Geldleistungen

Geldleistungen nach diesem Buch werden auf das von dem Leistungsberechtigten angegebene inländische Konto bei einem Geldinstitut überwiesen. Werden sie an den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Berechtigten übermittelt, sind die dadurch verursachten Kosten abzuziehen. Dies gilt nicht, wenn der Leistungsberechtigte nachweist, dass ihm die Einrichtung eines Kontos bei einem Geldinstitut ohne eigenes Verschulden nicht möglich ist.

§ 43

Aufrechnung

Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts können bis zu einem Betrag in Höhe von 30 vom Hundert der für den Hilfebedürftigen maßgebenden Regelleistung mit Ansprüchen der Agentur für Arbeit auf Erstattung oder auf Schadensersatz, die der Hilfebedürftige durch vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige oder unvollständige Angaben verursacht hat, gegen den Hilfebedürftigen aufgerechnet werden. Die Aufrechnungsmöglichkeit wegen eines Anspruchs ist auf drei Jahre beschränkt.

§ 44

Veränderung von Ansprüchen

Abweichend von § 59 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Bundeshaushaltsordnung darf die Agentur für Arbeit Ansprüche erlassen, wenn deren Einziehung nach Lage des einzelnen Falles unbillig wäre.

Abschnitt 2**Gemeinsame Einigungsstelle**

§ 45

Einigungsstelle zur Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit

(1) Bei Streitigkeiten über die Erwerbsfähigkeit eines Hilfebedürftigen entscheidet eine gemeinsame Einigungsstelle der Agentur für Arbeit und des Leistungsträgers, der bei voller Erwerbsminderung für den Hilfebedürftigen zuständig wäre. Ihr gehören ein Vorsitzender und jeweils ein Vertreter der Agentur für Arbeit und des Trägers der anderen Leistung an. Der Vorsitzende wird von beiden Trägern gemeinsam bestimmt. Einigen sich die Träger nicht auf einen Vorsitzenden, ist Vorsitzender für jeweils sechs Monate abwechselnd ein Mitglied der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit und der Leiter des Trägers der anderen Leistung.

(2) Die gemeinsame Einigungsstelle soll eine einvernehmliche Entscheidung anstreben. Sie zieht im notwendigen Umfang Sachverständige hinzu und entscheidet mit der Mehrheit der Mitglieder. Die Sachverständigen erhalten Entschädigungen nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen. Die Aufwendungen trägt der Bund.

(3) Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung Grundsätze zum Verfahren für die Arbeit der gemeinsamen Einigungsstelle zu bestimmen.

Kapitel 5**Finanzierung und Aufsicht**

§ 46

Finanzierung aus Bundesmitteln

(1) Der Bund trägt die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Er erstattet der Bundesagentur hierfür die Verwaltungskosten

(2) Die Bundesagentur erstattet dem Bund jeweils zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November einen Aussteuerungsbetrag, der dem Zwölffachen der durchschnittlichen monatlichen Aufwendungen für Arbeitslosengeld II, Sozialgeld und Beiträge zur Sozialversicherung im vorangegangenen Kalendervierteljahr für eine Bedarfsgemeinschaft, vervielfältigt mit der Zahl der Personen, die im vorangegangenen Kalendervierteljahr innerhalb von drei Monaten nach dem Bezug von Arbeitslosengeld einen Anspruch auf Arbeitslosengeld II erworben haben, entspricht.

(3) Für das Jahr 2004 erstattet die Bundesagentur dem Bund, abweichend von Absatz 2, einen Aussteuerungsbetrag, der dem Zwölffachen der durchschnittlichen monatli-

chen Aufwendungen für Arbeitslosengeld II, Sozialgeld und Beiträge zur Sozialversicherung für eine Bedarfsgemeinschaft im zweiten Halbjahr 2004, vervielfältigt mit der Anzahl der Personen, die im zweiten Halbjahr 2004 innerhalb von drei Monaten nach dem Bezug von Arbeitslosengeld einen Anspruch auf Arbeitslosengeld II erworben haben, entspricht. Die Bundesagentur leistet zum 15. September 2004 eine Abschlagszahlung auf den Aussteuerungsbetrag in Höhe von 2,8 Mrd. Euro und eine Schlusszahlung zum 15. Februar 2005.

§ 47

Aufsicht

Soweit die Bundesagentur Leistungen nach diesem Buch erbringt, führt das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit die Rechtsaufsicht und die Fachaufsicht. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit kann der Bundesagentur Weisungen erteilen und sie an seine Auffassung binden.

§ 48

Zielvereinbarungen

Im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen soll das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit mit der Bundesagentur Vereinbarungen zur Erreichung der Ziele nach diesem Buch abschließen. Die Vereinbarungen können

1. erforderliche Genehmigungen oder Zustimmungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit ersetzen,
2. die Selbstbewirtschaftung von Haushaltsmitteln für Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sowie für Verwaltungskosten zulassen.

§ 49

Innenrevision

(1) Die Bundesagentur stellt durch organisatorische Maßnahmen sicher, dass in allen Dienststellen durch eigenes, nicht der Dienststelle angehörendes Personal geprüft wird, ob Leistungen nach diesem Buch unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen nicht hätten erbracht werden dürfen oder zweckmäßiger oder wirtschaftlicher hätten eingesetzt werden können. Mit der Durchführung der Prüfungen können Dritte beauftragt werden.

(2) Das Prüfungspersonal der Bundesagentur ist für die Zeit seiner Prüftätigkeit fachlich unmittelbar der Leitung der Dienststelle unterstellt, in der es beschäftigt ist.

(3) Der Vorstand legt die Berichte nach Absatz 1 unverzüglich dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit vor.

Kapitel 7**Datenschutz**

§ 50

Datenübermittlung an Dritte

(1) Die Bundesagentur darf Dritten, die mit der Erfüllung von Aufgaben nach diesem Buch beauftragt sind, Sozialdaten übermitteln, soweit dies zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich ist.

(2) Die §§ 395 und 397 des Dritten Buches sind entsprechend anzuwenden.

§ 51

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch nichtöffentliche Stellen

Die Bundesagentur darf abweichend von § 80 Abs. 5 des Zehnten Buches zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch nichtöffentliche Stellen mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten beauftragen, auch soweit die Speicherung der Daten den gesamten Datenbestand umfasst.

§ 52

Automatisierter Datenabgleich

(1) Die Bundesagentur darf Personen, die Leistungen nach diesem Buch beziehen, regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs daraufhin überprüfen,

1. ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen der Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung bezogen werden oder wurden,
2. ob und in welchem Umfang Zeiten des Leistungsbezuges nach diesem Buch mit Zeiten einer Versicherungspflicht oder Zeiten einer geringfügigen Beschäftigung zusammentreffen,
3. ob und welche Daten nach § 45d Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes an das Bundesamt für Finanzen übermittelt worden sind,
4. ob und in welcher Höhe ein Kapital nach § 12 Abs. 2 Nr. 3 nicht mehr dem Zweck einer geförderten zusätzlichen Altersvorsorge im Sinne des § 10a oder des Abschnitts XI des Einkommensteuergesetzes dient, und
5. ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen der Träger der Sozialhilfe bezogen werden oder wurden.

(2) Zur Durchführung des automatisierten Datenabgleichs darf die Bundesagentur die folgenden Daten einer Person, die Leistungen nach diesem Gesetz bezieht, an die in Absatz 1 genannten Stellen übermitteln:

- a) Vor- und Zuname,
- b) Geburtsdatum und -ort,
- c) Wohnsitz,
- d) Sozialversicherungsnummer.

(3) Die den in Absatz 1 genannten Stellen überlassenen Daten und Datenträger sind nach Durchführung des Abgleichs unverzüglich zurückzugeben, zu löschen oder zu vernichten. Die Agenturen für Arbeit dürfen die ihnen übermittelten Daten nur zur Überprüfung nach Absatz 1 nutzen. Die übermittelten Daten der Personen, bei denen die Überprüfung zu keinen abweichenden Feststellungen führt, sind unverzüglich zu löschen.

**Kapitel 8
Statistik und Forschung**

§ 53

Statistik

(1) Die Bundesagentur erstellt aus den bei der Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende anfallenden Daten Statistiken. Sie übernimmt die laufende Berichterstat-

tung und bezieht die Leistungen nach diesem Buch in die Arbeitsmarkt- und Berufsforschung ein. Die §§ 280, 281 und 282a des Dritten Buches gelten entsprechend.

(2) Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit kann Art und Umfang sowie Tatbestände und Merkmale der Statistiken und der Berichterstattung näher bestimmen.

(3) Die Bundesagentur legt die Statistiken nach Absatz 1 dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit vor und veröffentlicht sie in geeigneter Form. Sie gewährleistet, dass auch kurzfristigem Informationsbedarf des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit entsprochen werden kann.

§ 54

Eingliederungsbilanz

Jede Agentur für Arbeit erstellt für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit eine Eingliederungsbilanz. § 11 des Dritten Buches gilt entsprechend. Soweit einzelne Maßnahmen nicht unmittelbar zur Eingliederung in Arbeit führen, sind von der Bundesagentur andere Indikatoren zu entwickeln, die den Integrationsfortschritt der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in geeigneter Weise abbilden.

§ 55

Wirkungsforschung

Die Wirkungen der Leistungen zur Eingliederung sind regelmäßig und zeitnah zu untersuchen und in die Arbeitsmarkt- und Berufsforschung nach § 282 des Dritten Buches einzubeziehen. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und die Bundesagentur können in Vereinbarungen Einzelheiten der Wirkungsforschung festlegen. Soweit zweckmäßig, können Dritte mit der Wirkungsforschung beauftragt werden.

**Kapitel 9
Mitwirkungspflichten**

§ 56

Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit

Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beantragt haben oder beziehen, sind verpflichtet, der Agentur für Arbeit

1. eine eingetretene Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen und
2. spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer vorzulegen.

Die Agentur für Arbeit ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, so ist der Agentur für Arbeit eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Bescheinigungen müssen einen Vermerk des behandelnden Arztes darüber enthalten, dass dem Träger der Krankenversicherung unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird.

§ 57

Arbeitsbescheinigung

Auf Aufforderung der Agentur für Arbeit haben Arbeitgeber die Tatsachen zu bescheinigen, die für die Entscheidung über einen Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch erheblich sein können; dabei haben sie den von der Agentur für Arbeit hierfür vorgesehenen Vordruck zu benutzen. In der Arbeitsbescheinigung sind das Ende und der Grund für die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses anzugeben.

§ 58

Einkommensbescheinigung

(1) Wer jemanden, der laufende Geldleistungen nach diesem Buch beantragt hat oder bezieht, gegen Arbeitsentgelt beschäftigt oder ihm gegen Vergütung eine selbständige Tätigkeit überträgt, ist verpflichtet, diesem unverzüglich Art und Dauer der Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Arbeitsentgelts oder der Vergütung für die Zeiten zu bescheinigen, für die diese Leistung beantragt worden ist oder bezogen wird. Er hat dabei den von der Agentur für Arbeit vorgesehenen Vordruck zu benutzen. Die Bescheinigung über das Nebeneinkommen ist dem Bezieher der Leistung vom Dienstberechtigten oder Besteller unverzüglich auszuhändigen.

(2) Wer eine laufende Geldleistung nach diesem Buch beantragt hat oder bezieht und Dienst- oder Werkleistungen gegen Vergütung erbringt, ist verpflichtet, dem Dienstberechtigten oder Besteller den für die Bescheinigung des Arbeitsentgelts oder der Vergütung vorgeschriebenen Vordruck unverzüglich vorzulegen.

§ 59

Meldepflicht

Die Vorschriften des Dritten Buches über die allgemeine Meldepflicht nach § 309 und die Meldepflicht bei Wechsel der Zuständigkeit nach § 310 sind entsprechend anzuwenden.

§ 60

Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht Dritter

(1) Wer jemandem, der Leistungen nach diesem Buch beantragt hat oder bezieht, Leistungen erbringt, die geeignet sind, diese Leistungen auszuschließen oder zu mindern, hat der Agentur für Arbeit auf Verlangen hierüber Auskunft zu erteilen, soweit es zur Durchführung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich ist.

(2) Wer jemandem, der eine Leistung nach diesem Buch beantragt hat oder bezieht, zu Leistungen verpflichtet ist, die geeignet sind, Leistungen nach diesem Buch auszuschließen oder zu mindern, oder für ihn Guthaben führt oder Vermögensgegenstände verwahrt, hat der Agentur für Arbeit auf Verlangen hierüber sowie über damit im Zusammenhang stehendes Einkommen oder Vermögen Auskunft zu erteilen, soweit es zur Durchführung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich ist; § 21 Abs. 3 Satz 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Für die Feststellung einer Unterhaltsverpflichtung ist § 1605 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.

(3) Wer jemanden, der

1. Leistungen nach diesem Buch beantragt hat oder bezieht, oder dessen Partner oder
2. nach Absatz 2 zur Auskunft verpflichtet ist,

beschäftigt, hat der Agentur für Arbeit auf Verlangen über die Beschäftigung, insbesondere über das Arbeitsentgelt, Auskunft zu erteilen, soweit es zur Durchführung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich ist.

(4) Sind Einkommen oder Vermögen des Partners zu berücksichtigen, haben

1. dieser Partner,
2. Dritte, die für diesen Partner Guthaben führen oder Vermögensgegenstände verwahren,

der Agentur für Arbeit auf Verlangen hierüber Auskunft zu erteilen, soweit es zur Durchführung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich ist. § 21 Abs. 3 Satz 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(5) Wer jemanden, der Leistungen nach diesem Buch beantragt hat, bezieht oder bezogen hat, beschäftigt oder mit Arbeiten beauftragt, hat der Agentur für Arbeit auf Verlangen Einsicht in Geschäftsbücher, Geschäftsunterlagen und Belege sowie in Listen, Entgeltverzeichnisse und Entgeltbelege für Heimarbeiter zu gewähren, soweit es zur Durchführung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich ist.

§ 61

Auskunftspflichten bei Leistungen zur Eingliederung in Arbeit

(1) Träger, die eine Leistung zur Eingliederung in Arbeit erbracht haben oder erbringen, haben der Agentur für Arbeit unverzüglich Auskünfte über Tatsachen zu erteilen, die Aufschluss darüber geben, ob und inwieweit Leistungen zu Recht erbracht worden sind oder werden. Sie haben Änderungen, die für die Leistungen erheblich sind, unverzüglich der Agentur für Arbeit mitzuteilen.

(2) Die Teilnehmer an Maßnahmen zur Eingliederung sind verpflichtet,

1. der Agentur für Arbeit auf Verlangen Auskunft über den Eingliederungserfolg der Maßnahme sowie alle weiteren Auskünfte zu erteilen, die zur Qualitätsprüfung benötigt werden, und
2. eine Beurteilung ihrer Leistung und ihres Verhaltens durch den Maßnahmeträger zuzulassen.

Die Maßnahmeträger sind verpflichtet, ihre Beurteilungen des Teilnehmers unverzüglich der Agentur für Arbeit zu übermitteln.

§ 62

Schadenersatz

Wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. eine Arbeitsbescheinigung oder eine Einkommensbescheinigung nicht, nicht richtig oder nicht vollständig ausfüllt,
2. eine Auskunft nach § 60 nicht, nicht richtig oder nicht vollständig erteilt,

ist der Agentur für Arbeit zum Ersatz des daraus entstandenen Schadens verpflichtet.

Kapitel 10 Bußgeldvorschriften

§ 63

Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 57 Satz 1 eine Tatsache nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig bescheinigt,
2. entgegen § 58 Abs. 1 Satz 1 oder 3 Art oder Dauer der Erwerbstätigkeit oder die Höhe des Arbeitsentgelts oder der Vergütung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig bescheinigt oder eine Bescheinigung nicht oder nicht rechtzeitig aushändigt,
3. entgegen § 58 Abs. 2 einen Vordruck nicht oder nicht rechtzeitig vorlegt,
4. entgegen § 60 Abs. 1, 2 Satz 1, Abs. 3 oder 4 Satz 1 oder als privater Träger entgegen § 61 Abs. 1 Satz 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt,
5. entgegen § 60 Abs. 5 Einsicht nicht oder nicht rechtzeitig gewährt oder
6. entgegen § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Ersten Buches eine Änderung in den Verhältnissen, die für einen Anspruch auf eine laufende Leistung erheblich ist, nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig mitteilt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 6 mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro, in den übrigen Fällen mit einer Geldbuße bis zu zweitausend Euro geahndet werden.

Kapitel 11 Bekämpfung von Leistungsmissbrauch

§ 64

Zuständigkeit

(1) Für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch gilt der Dritte Abschnitt des Siebten Kapitels des Dritten Buches.

(2) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist die Bundesagentur, für die Ordnungswidrigkeiten nach § 64 Abs. 1 Nr. 6 sind Verwaltungsbehörden auch die Behörden der Zollverwaltung, jeweils für ihren Geschäftsbereich.

Kapitel 12 Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 65

Übergangsvorschriften

(1) Abweichend von Kapitel 3 Abschnitt 2 wird erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die in der Zeit vom [Tag drei Monate vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] bis zum [Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] Anspruch auf Ar-

beitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe für Spätaussiedler gehabt haben, diese Leistung auf Grund der Vorschriften des Dritten, des Fünften, des Sechsten und des Elften Buches, des Soldatenversorgungsgesetzes sowie sonstigen Rechtsvorschriften über

1. die Arbeitslosenhilfe und die Eingliederungshilfe für Spätaussiedler,
2. Bezieher von Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe für Spätaussiedler

in der am [Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] geltenden Fassung für die Dauer der laufenden Bewilligung weitergezahlt, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2004.

(2) Abweichend von § 6 und Kapitel 3 Abschnitt 2 dieses Buches erbringt der Träger der Sozialhilfe für erwerbsfähige Hilfebedürftige und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, für die Dauer der laufenden Bewilligung der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe für Spätaussiedler im Auftrag der Bundesagentur ergänzende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels, wenn sie am [Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen haben, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2004.

(3) Abweichend von § 6 erbringt der Träger der Sozialhilfe für erwerbsfähige Hilfebedürftige und Personen, die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft leben,

1. in den Fällen des Absatzes 2 bis zum Erlöschen des Anspruchs auf Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe für Spätaussiedler,
2. in den übrigen Fällen, in denen am 30. Juni 2004 Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen worden ist, bis 31. Dezember 2006

die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Auftrag der Bundesagentur.

(4) Soweit der Träger der Sozialhilfe Leistungen nach Absatz 2 oder 3 im Auftrag der Bundesagentur erbringt, erstattet ihm die Bundesagentur abweichend von § 93 in Verbindung mit § 91 Abs. 1 des Zehnten Buches monatlich

1. zwei Drittel der Aufwendungen für die Leistungen nach diesem Buch,
2. die Aufwendungen für Verwaltungskosten; ab 1. Januar 2005 werden die Verwaltungskosten nur erstattet, wenn sie innerhalb der Agentur für Arbeit entstehen.

(5) § 12 Abs. 2 Nr. 1 gilt mit der Maßgabe, dass für die in § 4 Abs. 2 Satz 2 der Arbeitslosenhilfe-Verordnung vom 13. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3734) in der Fassung vom [Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] genannten Personen an die Stelle des Grundfreibetrags in Höhe von 200 Euro je vollendetem Lebensjahr ein Freibetrag von 520 Euro, an die Stelle des Höchstfreibetrags in Höhe von jeweils 13 000 Euro ein Höchstfreibetrag in Höhe von 33 800 Euro tritt.

(6) § 15 Abs. 1 Satz 2 gilt bis zum 31. Dezember 2006 mit der Maßgabe, dass die Eingliederungsvereinbarung für bis zwölf Monate geschlossen werden soll.

§ 66

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung

1. die in § 65 Abs. 2 und 3 geregelten Zeiträume
 - a) zu verlängern, soweit dies für die geordnete Durchführung dieses Buches erforderlich ist,
 - b) zu verkürzen, soweit die geordnete Durchführung dieses Buches durch die Bundesagentur bereits vor Ablauf der Zeiträume sichergestellt ist,
2. die nach § 65 Abs. 4 zu erstattenden Aufwendungen zu pauschalisieren,
3. Einzelheiten des Übergangs von den Trägern der Sozialhilfe auf die Bundesagentur festzulegen,
4. den Mindestinhalt von Vereinbarungen der Agenturen für Arbeit mit den Trägern der Sozialhilfe über den Übergang festzulegen.

Artikel 2**Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (860-1)**

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 19a wird wie folgt gefasst:

„§ 19a Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende“.
 - b) Die Angabe zu § 28a wird wie folgt gefasst:

„§ 28a Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“.
2. In § 19 Abs. 1 Nr. 6 werden nach dem Wort „Kurzarbeitergeld“ das Komma gestrichen und die Wörter „Insolvenzgeld und Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „und Insolvenzgeld“ ersetzt.
3. Nach § 19 wird folgender § 19a eingefügt:

„§ 19a
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende
(1) Nach dem Recht der Grundsicherung für Arbeitssuchende können in Anspruch genommen werden

 1. Leistungen zur Eingliederung in Arbeit,
 2. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts.

(2) Zuständig sind die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit.“
4. Die Überschrift zu § 28a wird wie folgt gefasst:

„§ 28a
Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“.
5. In § 51 Abs. 2 werden die Wörter „soweit der Leistungsberechtigte dadurch nicht“ durch die Wörter „wenn der

Leistungsberechtigte nicht nachweist, dass er dadurch“ ersetzt.

6. § 54 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden die Wörter „oder anstelle von Arbeitslosenhilfe gewährt wird“ gestrichen.
- b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. Wohngeld, soweit nicht die Pfändung wegen Ansprüchen erfolgt, die Gegenstand der §§ 5 und 6 des Wohngeldgesetzes sind,“.

Artikel 3**Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (860-3)**

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. a) Vor der Angabe zu § 53 wird die Angabe „Erster Unterabschnitt Mobilitätshilfen“ gestrichen.
- b) Nach der Angabe zu § 55 wird die Angabe „Zweiter Unterabschnitt Arbeitnehmerhilfe“ gestrichen.
- c) Die Angabe zu § 56 wird wie folgt gefasst:

„§ 56 (weggefallen)“.
- d) Die Angaben zum Vierten Kapitel, Achter Abschnitt, Siebter Unterabschnitt werden wie folgt gefasst:

„Siebter Unterabschnitt
§§ 190–206 (weggefallen)“.
- e) Die Angaben zu den §§ 368a, 418, 421, 421b und 421d werden wie folgt gefasst:

„§ 368a (weggefallen)
§ 418 (weggefallen)
§ 421 (weggefallen)
§ 421b (weggefallen)
§ 421d (weggefallen)“.
- f) In der Angabe zu § 427 werden die Wörter „und Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
- g) Nach der Angabe zu § 434i wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 434j Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 3 werden die Wörter „und Arbeitnehmerhilfe“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 8 werden die Wörter „und Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
 - b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Teilarbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

3. In § 9 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Von den Agenturen für Arbeit werden Job-Center als einheitliche Anlaufstellen für alle eingerichtet, die einen Arbeitsplatz oder Ausbildungsplatz suchen. Im Job-Center werden diese Personen informiert, der Beratungs- und Betreuungsbedarf geklärt und der erste Eingliederungsschritt verbindlich vereinbart.“
4. Dem § 22 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Leistungen nach den §§ 37, 37c, nach dem Ersten bis Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels, nach dem Ersten Abschnitt des Fünften Kapitels, nach dem Ersten, Fünften und Siebten Abschnitt des Sechsten Kapitels, sowie nach den §§ 417, 421g und 421k werden nicht an erwerbsfähige Hilfebedürftige erbracht, für die entsprechende Leistungen in § 16 des Zweiten Buches vorgesehen sind.“
5. In § 41 Abs. 3 Satz 4 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
6. In § 48 Abs. 1 Satz 2 und 3 werden jeweils die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
7. In § 53 Abs. 3 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
8. Der Dritte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angaben „Erster Unterabschnitt Mobilitätshilfen“ und „Zweiter Unterabschnitt Arbeitnehmerhilfe“ werden gestrichen.
 - b) § 56 wird aufgehoben.
9. In § 57 Abs. 4 Satz 1 und 2 werden jeweils die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
10. In § 74 Satz 1 werden nach den Wörtern „auf Arbeitslosengeld“ die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ und nach den Wörtern „des Arbeitslosengeldes“ die Wörter „oder der Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
11. In § 100 Nr. 3 werden nach dem Wort „Beschäftigung“ das Komma und die Wörter „mit Ausnahme der Arbeitnehmerhilfe“ gestrichen.
12. § 116 Nr. 6 wird aufgehoben.
13. In § 123 Satz 2 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
14. § 190 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Arbeitslosenhilfe soll für längstens sechs Monate bewilligt werden; sie darf längstens bis zum 31. Dezember 2004 bewilligt werden.“
15. Im Vierten Kapitel, Achter Abschnitt wird der Siebte Unterabschnitt aufgehoben.
16. In § 207 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
17. In § 207a Abs. 1 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
18. In § 226 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
19. In § 270a Abs. 1 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Leistung wird in Abstimmung mit der Agentur für Arbeit durch das Integrationsamt durchgeführt. Die Agentur für Arbeit erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen.“
20. In § 304 Abs. 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „diesem“ die Wörter „und dem Zweiten“ eingefügt.
21. In § 309 Abs. 1 Satz 1 und 3 werden jeweils die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
22. In § 311 Satz 1 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
23. In § 312 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
24. In § 313 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
25. In § 323 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe gelten“ durch das Wort „gilt“ ersetzt.
26. In § 324 Abs. 2 werden nach dem Wort „Ausbildungsgeld“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und die Wörter „und Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
27. § 325 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „und Arbeitslosenhilfe werden“ durch das Wort „wird“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 werden jeweils die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
28. In § 330 Abs. 4 werden die Wörter „oder der Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
29. In § 335 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 werden jeweils nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
30. § 339 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe „1.“ vor den Wörtern „der Vorschriften“ wird gestrichen.
 - b) Nach den Wörtern „Teilhabe am Arbeitsleben“ wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
31. § 339 Satz 3 wird wie folgt geändert:

Nummer 2 wird aufgehoben.
32. In § 363 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „die Ausgaben der Arbeitnehmerhilfe, der Arbeitslosenhilfe und“ und das Wort „weiteren“ gestrichen.

33. § 394 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 10 wird nach dem Wort „Ersatzansprüchen“ das Komma durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 11 wird aufgehoben.

b) Satz 3 wird aufgehoben.

34. § 418 wird aufgehoben.

35. § 419 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Spätaussiedler und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes haben Anspruch auf Übernahme der durch die Teilnahme an einem Deutsch-Sprachlehrgang mit ganztägigem Unterricht, der für die berufliche Eingliederung erforderlich ist, entstehenden Kosten für längstens sechs Monate, wenn sie

1. arbeitslos sind, sich bei der zuständigen Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben, und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld nicht haben und
2. im letzten Jahr vor der Ausreise in den Aussiedlungsgebieten mindestens fünf Monate in einer Beschäftigung gestanden haben, die bei Ausübung im Inland eine versicherungspflichtige Beschäftigung gewesen wäre.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Anspruch auf Übernahme der Kosten für einen Deutsch-Sprachlehrgang nach Absatz 1 haben auch

1. Spätaussiedler und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes, die die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht erfüllen,
2. Ausländer, die unanfechtbar Asylberechtigte anerkannt sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, und
3. Ausländer, die im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen der Bundesrepublik Deutschland durch Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung vor der Einreise in Form eines Sichtvermerks oder durch Übernahmeerklärung nach § 33 Abs. 1 des Ausländergesetzes im Inland aufgenommen worden sind (Kontingentflüchtlinge),

wenn sie die besonderen Voraussetzungen erfüllen. Die Personen nach Satz 1 haben die besonderen Voraussetzungen erfüllt, wenn sie

1. bedürftig sind,
2. im Herkunftsland eine Erwerbstätigkeit von mindestens 70 Kalendertagen im letzten Jahr vor der Ausreise ausgeübt haben,
3. die für die berufliche Eingliederung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache nicht besitzen und
4. beabsichtigen, nach Abschluss des Deutsch-Sprachlehrgangs eine nicht der Berufsausbil-

dung dienende Erwerbstätigkeit im Inland aufzunehmen.

Die Voraussetzung nach Satz 2 Nr. 2 gilt als erfüllt, wenn eine Erwerbstätigkeit von mindestens 70 Kalendertagen im letzten Jahr vor der Ausreise wegen der besonderen Verhältnisse im Herkunftsland nicht ausgeübt werden konnte und die Tragung der durch den Deutsch-Sprachlehrgang entstehenden Kosten eine unbillige Härte darstellen würde.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

d) Im neuen Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 1“ die Wörter „oder 2“ eingefügt.

36. Die §§ 420, 421 werden aufgehoben.

37. In § 421a Satz 1 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

38. § 421b wird aufgehoben.

39. § 421d wird aufgehoben.

40. In § 421g Abs. 1 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

41. § 427 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „und Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

b) In Absatz 4 wird die Angabe „oder Arbeitslosenhilfe nach § 191 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 und 4,“ gestrichen.

c) In § 427 Abs. 5 Satz 3 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

42. § 434 Abs. 2, §§ 434b, 434c Abs. 4 und 5, § 434g Abs. 4 und 6 werden aufgehoben.

43. Nach § 434j wird folgender § 434k eingefügt:

„§ 434k

Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt

Die §§ 419 und 420 Abs. 3 sind in der bis zum [Tag des Inkrafttretens] geltenden Fassung bis zum Ende des Deutsch-Sprachlehrgangs weiterhin anzuwenden, wenn vor dem [Tag des Inkrafttretens] der Anspruch entstanden ist und der Deutsch-Sprachlehrgang begonnen hat.“

Artikel 4

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (860-4-1)

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften über die Sozialversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Vorschriften des Sechsten Abschnitts gelten auch für die Sozialhilfe und die Grundsicherung für Arbeitsuchende; außerdem gelten die §§ 18f, 18g für die Grundsicherung für Arbeitsuchende.“

2. In § 23 Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (860-5)

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
 - b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. Personen in der Zeit, für die sie nicht nur darlehensweise Arbeitslosengeld II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind,“.
2. In § 6 Abs. 3a wird folgender Satz 4 angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II.“
3. In § 8 Abs. 1 Nr. 1a werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und die Wörter „Arbeitslosenhilfe oder“ gestrichen und nach der Angabe „(§ 5 Abs. 1 Nr. 2)“ die Angabe „oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a)“ eingefügt.
4. In § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ die Angabe „2, 3“ eingefügt.
5. § 47b wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 - b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach den Wörtern „des Arbeitslosengeldes“ werden das Komma und die Wörter „der Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
 - bb) Nach Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a erhalten Krankengeld in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes II.“
 - c) In Absatz 2 Satz 2 wird jeweils das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
6. In § 49 Abs. 1 Nr. 3a wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
7. In § 61 Abs. 2 Nr. 2 werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch“ durch die Wörter „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ ersetzt.
8. In § 186 Abs. 2a werden nach den Wörtern „der Bezieher von“ die Wörter „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und“ eingefügt und nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
9. In § 190 Abs. 12 werden nach den Wörtern „der Bezieher von“ die Wörter „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und“ eingefügt und nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
10. § 203a wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 - b) Nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 2“ wird die Angabe „und 2a“ eingefügt.
11. § 232a wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
 - b) Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße; in Fällen, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als Beitrag insgesamt der in diesem Satz genannte Teil der Bezugsgröße erreicht wird.“
12. Nach § 245 wird folgender § 246 eingefügt:

„§ 246
Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenversicherung, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Oktober feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Januar des folgenden Jahres an für ein Kalenderjahr.“
13. In § 252 Satz 2 werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch“ durch die Wörter „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (860-6)

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1327) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 233a wird eingefügt:

„Dritter Unterabschnitt
Teilhabe
§ 234 Übergangsgeldanspruch und -berechnung bei Arbeitslosenhilfe“.

- b) Die Angabe zu § 276a wird gestrichen.
- c) Nach der Angabe zu § 276a werden folgende Angaben eingefügt:
- „§ 276b Beitragspflichtige Einnahmen bei Beziehen von Arbeitslosenhilfe
- § 276c Beitragstragung und Beitragszahlung bei Beziehen von Arbeitslosenhilfe“.
2. In § 3 Satz 1 Nr. 3 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch die Angabe „nicht nur darlehensweise Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 3. In § 20 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 4. In § 21 Abs. 4 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 5. In § 58 Abs. 4 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 6. In § 74 Satz 5 Nr. 1 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 7. In § 166 Abs. 1 werden die Nummern 2a und 2b gestrichen und nach Nummer 2 eingefügt:

„2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der Betrag von 400 Euro,

2b. bei Personen, die neben Arbeitslosengeld auch Arbeitslosengeld II beziehen, ein Betrag von 400 Euro abzüglich der für das bezogene Arbeitslosengeld nach Nummer 2 ermittelten beitragspflichtigen Einnahme,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, Teilunterhaltsgeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,“.
 8. In § 170 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 9. In § 173 Satz 2 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 10. Dem § 229 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Personen, die am ... (einsetzen: Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) Arbeitslosenhilfe bezogen haben und wegen des Bezugs dieser Leistung versicherungspflichtig waren, bleiben für die Dauer des Bezugs dieser Leistung versicherungspflichtig.“
 11. Nach § 233a wird eingefügt:

„Dritter Unterabschnitt
Teilhabe

§ 234
Übergangsgeldanspruch und -berechnung bei Arbeitslosenhilfe

(1) Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte auch nach dem 30. Juni 2004 Anspruch auf Übergangsgeld, die unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder wenn sie nicht arbeitsunfähig waren, unmittelbar vor Beginn der Leistungen Arbeits-

losenhilfe bezogen haben, und für die von dem der Arbeitslosenhilfe zu Grunde liegenden Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.

(2) Für Anspruchsberechtigte nach Absatz 1 ist für die Berechnung des Übergangsgeldes § 21 Abs. 4 in Verbindung mit § 47b des Fünften Buches jeweils in der am 30. Juni 2004 geltenden Fassung anzuwenden.“

12. In § 252 wird nach Absatz 8 angefügt:

„(9) Anrechnungszeiten liegen bei Beziehen von Arbeitslosenhilfe nicht vor, wenn die Bundesanstalt für Arbeit für sie Beiträge an eine Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an sie selbst gezahlt hat.“
13. Dem § 254d Abs. 1 Nr. 2 wird angefügt:

„mit Ausnahme des Bezugs von Arbeitslosengeld II,“.
14. Dem § 256a Abs. 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 sind nicht anzuwenden für Beitragszeiten auf Grund des Bezugs von Arbeitslosengeld II.“
15. Dem § 263 Abs. 2a wird angefügt:

„Kalendermonate, die nur deshalb Anrechnungszeiten sind, weil Arbeitslosigkeit nach dem 30. Juni 1978 vorgelegen hat, für die vor dem 1. Januar 2005 aber keine Arbeitslosenhilfe gezahlt worden ist, werden nicht bewertet.“
16. § 276a wird gestrichen.
17. Nach § 276a wird eingefügt:

„§ 276b
Beitragspflichtige Einnahmen bei Beziehen von Arbeitslosenhilfe

Beitragspflichtige Einnahme ist bei Beziehen von Arbeitslosenhilfe die gezahlte Arbeitslosenhilfe.

§ 276c
Beitragstragung und Beitragszahlung bei Beziehen von Arbeitslosenhilfe

Die Beiträge werden bei Beziehen von Arbeitslosenhilfe vom Bund getragen und sind auf den nach § 177a für das Jahr 2004 zu zahlenden Betrag anzurechnen. Sie werden von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt.“

Artikel 7

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (870-7)

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996 – BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 Nr. 14 werden die Wörter „des Dritten Buches oder des Bundessozialhilfegesetzes“ durch die Wörter „des Zweiten oder des Dritten Buches“ ersetzt.
2. In § 45 Abs. 1 Nr. 2 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.

3. § 47 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Das Wort „Arbeitslosenhilfe“ und das nachfolgende Komma werden gestrichen.
- b) Nach dem Punkt wird folgender Satz 2 eingefügt:
„Dies gilt auch für versicherte erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Leistungen nach § 20 des Zweiten Buches bezogen haben.“

4. § 58 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „oder der Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Dies gilt auch für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Leistungen nach § 20 des Zweiten Buches bezogen haben; in diesen Fällen wird der Unterschiedsbetrag beim Arbeitslosengeld II nicht als Einkommen berücksichtigt.“

Artikel 8

Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch (860-8)

§ 24 des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163) in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3546), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden folgende Sätze angefügt:

„Plätze in Tageseinrichtungen nach Satz 2 oder Satz 3 sind vorrangig für Kinder, bei denen die Personensorgeberechtigten erwerbstätig, arbeits- oder beschäftigungssuchend sind, zur Verfügung zu stellen.“

Artikel 9

Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (860-9)

In § 145 Abs. 1 Satz 5 Nr. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch ..., wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (860-10-1/2)

Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 64 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

- „2. Im Sozialhilferecht, im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende, im Recht der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, im Kinder-

und Jugendhilferecht sowie im Recht der Kriegsopferfürsorge aus Anlass der Beantragung, Erbringung oder Erstattung einer nach dem Bundessozialhilfegesetz, dem Zweiten und dem Achten Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz vorgesehenen Leistung benötigt werden,“.

2. In § 71 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch“ ersetzt.

Artikel 11

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (860-11)

§ 20 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, das zuletzt durch ... geändert wurde, wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 wird das Wort „, Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
- b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:
„2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nicht nur darlehensweise nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind,“.

Artikel 12

Änderung des Infektionsschutzgesetzes (2126-13)

§ 56 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 8 Satz 1 Nr. 4 werden die Wörter „oder die Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
2. Absatz 9 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „und insoweit, als ihm Arbeitslosenhilfe für die gleiche Zeit zu gewähren ist, auf den Bund“ gestrichen.
 - b) Satz 2 wird aufgehoben.

Artikel 13

Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (2212-2)

In § 18c Abs. 10 Nr. 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 14**Änderung des
Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes
(2212-4)**

In § 14 Abs. 1 Nr. 4 des Aufstiegsfortbildungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Januar 2002 (BGBl. I S. 402), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten“ ersetzt.

Artikel 15**Änderung des Gesetzes über den Abbau der
Fehlsubventionierung im Wohnungswesen
(2330-22)**

In § 2 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe c des Gesetzes über den Abbau der Fehlsubventionierung im Wohnungswesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. September 2001 (BGBl. I S. 2414), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe nach § 190 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 16**Änderung des Wohnraumförderungsgesetzes
(2330-32)**

Das Wohnraumförderungsgesetz vom 13. September 2001 (BGBl. I S. 2376), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1.7 Buchstabe d wird die Angabe „§§ 10 bis 15 des Flüchtlingsgesetzes“, durch die Angabe „§§ 10 bis 15 des Flüchtlingshilfegesetzes“, ersetzt.

bb) Nach Nummer 1.7 werden folgende Nummern 1.8 bis 1.10 eingefügt:

„1.8 die nach § 3 Nr. 1 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes steuerfreien Krankentagegelder,

1.9 der nach § 3 Nr. 6 des Einkommensteuergesetzes steuerfreie

a) Unterhaltsbeitrag für frühere Beamte und frühere Ruhestandsbeamte nach § 38 des Beamtenversorgungsgesetzes,

b) Unterhaltsbeitrag für Verwandte der aufsteigenden Linie nach § 40 des Beamtenversorgungsgesetzes,

c) Unterhaltsbeitrag für Hinterbliebene nach § 41 des Beamtenversorgungsgesetzes,

1.10 die Hälfte der nach § 3 Nr. 68 des Einkommensteuergesetzes steuerfreien Renten nach § 3 Abs. 2 des Anti-D-Hilfegesetzes,“.

cc) Nummer 2.2 wird aufgehoben.

dd) Die bisherige Nummer 2.3 wird Nummer 2.2.

ee) Nach Nummer 5.4 wird folgende Nummer 5.5 eingefügt:

„5.5 die Hälfte der laufenden Leistungen für die Kosten des notwendigen Unterhalts einschließlich der Unterkunft sowie der Krankenhilfe für Minderjährige und junge Volljährige nach § 13 Abs. 3 Satz 2, § 19 Abs. 3, § 21 Satz 2, § 39 Abs. 1 und § 41 Abs. 2 des Achten Buches Sozialgesetzbuch,“.

ff) Die bisherige Nummer 5.5 wird Nummer 5.6.

gg) Nummer 6.1 wird wie folgt gefasst:

„6.1 die Hälfte der als Zuschüsse erbrachten

a) Leistungen zur Förderung der Ausbildung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz,

b) Leistungen der Begabtenförderungswerke, soweit sie nicht von Nummer 6.2 erfasst sind,

c) Stipendien, soweit sie nicht von Buchstabe b, Nummer 6.2 oder Nummer 6.3 erfasst sind,

d) Berufsausbildungsbeihilfen und des Ausbildungsgeldes nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch,

e) Beiträge zur Deckung des Unterhaltsbedarfs nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz,“.

hh) Nach Nummer 6.2 wird folgende Nummer 6.3 eingefügt:

„6.3 die Hälfte der nach § 3 Nr. 42 des Einkommensteuergesetzes steuerfreien Zuwendungen, die auf Grund des Fulbright-Abkommens gezahlt werden,“.

ii) Nach Nummer 8 wird folgende Nummer 9 eingefügt:

„9. die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 19 Satz 1 Nr. 1 und 2 Satz 2, sowie § 28 in Verbindung mit § 19 Satz 1 Nr. 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch, soweit diese die bei ihrer Berechnung berücksichtigten Kosten für den Wohnraum übersteigen,“.

jj) Die bisherige Nummer 9 wird Nummer 10.

b) In Absatz 3 werden das Wort „steuerfreien“ gestrichen und die Angabe „Nummern 5.3 und 5.4“ durch die Angabe „Nummern 5.3 bis 5.5“ ersetzt.

2. In § 34 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe nach den §§ 190 bis 195 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Leistungen zur

Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

3. § 48 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe c werden das Wort „geförderten“ durch das Wort „geförderte“ und die Angabe „§ 47 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 47 Abs. 4“ ersetzt.
 - b) In Buchstabe e wird die Angabe „§ 88e Abs. 2, 3 und 5 Satz 2“ durch die Angabe „§ 88e Abs. 2, 3 und 5 Satz 2 Nr. 1“ ersetzt.
4. In § 51 Abs. 1 wird die Angabe „in der ab 1. Januar 2002“ durch die Angabe „ab 1. Januar 2002 in der jeweils“ ersetzt.
5. In § 52 Abs. 2 wird jeweils das Wort „Satzes“ durch das Wort „Absatzes“ ersetzt.

Artikel 17

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes (240-1)

§ 11 Abs. 4 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 829), das zuletzt geändert durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird die Angabe „Eingliederungshilfe nach § 418 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
2. Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vorschriften des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch über die Bedürftigkeit und das bei den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts zu berücksichtigende Einkommen sind nicht anzuwenden.“

Artikel 18

Änderung des Ausländergesetzes (26-6)

Das Ausländergesetz (Artikel 1 des Gesetzes zur Neuregelung des Ausländerrechts vom 9. Juli 1990, BGBl. I S. 1354), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 werden die Wörter „oder noch für sechs Monate durch einen Anspruch auf Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
2. In § 85 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 werden jeweils die Wörter „Sozial- oder Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Sozialhilfe oder Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 19

Änderung des Asylverfahrensgesetzes (26-7)

In § 8 Abs. 3 Satz 2 des Asylverfahrensgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Juli 1993 (BGBl. I

S. 1361), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 20

Änderung des Mikrozensusgesetzes (29-12)

§ 4 Abs. 1 Nr. 1 des Mikrozensusgesetzes vom 17. Januar 1996 (BGBl. I S. 34), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe „c“ wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe „-hilfe“ wird durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.
 - b) Nach der Angabe „Altenteil; Sozialhilfe;“ wird die Angabe „Sozialgeld;“ eingefügt.
2. In Buchstabe i wird die Angabe „-hilfe“ durch das Wort „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.

Artikel 21

Änderung der Zivilprozessordnung (310-4)

Die Zivilprozessordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 310-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 646 Abs. 1 Nr. 12 werden nach den Wörtern „für die das Kind Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz,“ die Wörter „Sozialgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,“ und nach den Wörtern „§ 91 Abs. 3 Satz 2 des Bundessozialhilfegesetzes“ die Angabe „§ 33 Abs. 2 Satz 4 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. In § 850f Abs. 1 Buchstabe a werden nach den Wörtern „des Bundessozialhilfegesetzes“ die Wörter „oder nach Kapitel 3 Abschnitt 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 22

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (330-1)

§ 51 Abs. 1 Nr. 4 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

- „4. in Angelegenheiten der Arbeitsförderung und der übrigen Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit mit Ausnahme von Streitigkeiten über die Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,“

Artikel 23**Änderung der Verwaltungsgerichtsordnung
(340-1)**

In § 188 der Verwaltungsgerichtsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. März 1991 (BGBl. I S. 686), die zuletzt durch ... geändert worden ist, werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „der Grundsicherung für Arbeitsuchende“ eingefügt.

Artikel 24**Änderung des Gerichtsvollzieherkostengesetzes
(362-1)**

In § 2 Abs. 2 Satz 1 des Gerichtsvollzieherkostengesetzes in der Fassung vom 19. April 2001 (BGBl. I S. 623), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden nach den Wörtern „Träger der Sozialhilfe, „ die Wörter „bei der Durchführung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die Bundesagentur für Arbeit,“ eingefügt.

Artikel 25**Änderung des Wohngeldgesetzes
(402-27)**

Das Wohngeldgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2002 (BGBl. I S. 474), geändert durch ... wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe

„Fünfter Teil
Mietzuschuss für Empfänger von Leistungen der
Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge

- § 31 Anwendungsbereich, Wegfall und Zurückstellung des Mietzuschusses
- § 32 Bemessung des Mietzuschusses
- § 33 Bewilligung und Erstattung des Mietzuschusses, Belehrungspflicht, sonstige anzuwendende Vorschriften, Zuständigkeit“

durch die Angabe

„Fünfter Teil
Mietzuschuss für Empfänger von Leistungen
der Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge

§§ 31 bis 33 (weggefallen)“
ersetzt.

2. § 1 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Empfänger von Leistungen des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch, von Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, von laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt (Leistungen)

sind von Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz ausgeschlossen. Als Empfänger der Leistungen gelten auch die in § 2 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, § 19 Abs. 1 bis Abs. 3 und § 20 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, § 27a Satz 2 des Bundesversorgungsgesetzes in Verbindung mit § 19 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, die bei der Ermittlung des Bedarfs berücksichtigt worden sind. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für die Dauer des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung von Grund und Höhe der Leistung.“

3. In § 3 Abs. 1 werden die Wörter „außer beim Mietzuschuss nach dem Fünften Teil“ gestrichen.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Familienmitglieder im Sinne dieses Gesetzes sind der Antragsberechtigte und seine folgenden Angehörigen:

1. der Ehegatte,
2. Verwandte in gerader Linie sowie Verwandte zweiten und dritten Grades in der Seitenlinie,
3. Verschwägerte in gerader Linie sowie Verschwägerte zweiten und dritten Grades in der Seitenlinie,
4. Pflegekinder ohne Rücksicht auf ihr Alter und Pflegeeltern.

Familienmitglieder rechnen nur dann zum Haushalt, wenn sie nicht nach § 1 Abs. 2 vom Wohngeld ausgeschlossen sind; § 3 Abs. 2 bis 5 bleibt unberührt.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „rechnen“ ein Komma und die Angabe „vorbehaltlich des Absatzes 1 Satz 2,“ eingefügt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „rechnen“ ein Komma und die Angabe „vorbehaltlich des Absatzes 1 Satz 2, „ eingefügt.

5. In § 7 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Wird der Wohnraum von Familienmitgliedern mitbewohnt, die Leistungen nach § 1 Abs. 2 erhalten, ist bei der Leistung des Wohngeldes nur der Anteil der Miete oder Belastung zu berücksichtigen, der dem Anteil der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder an der Gesamtzahl der Bewohner entspricht. In diesem Falle ist hinsichtlich der Leistungen der Familienmitglieder, die Leistungen nach § 1 Abs. 2 erhalten, Absatz 2 Nr. 3 nicht anzuwenden.“

6. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Nummer 1.8 werden folgende Nummern 1.9 bis 1.11 eingefügt:

„1.9 die nach § 3 Nr. 1 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes steuerfreien Krankentagegelder,

- 1.10 der nach § 3 Nr. 6 des Einkommensteuergesetzes steuerfreie
- a) Unterhaltsbeitrag für frühere Beamte und frühere Ruhestandsbeamte nach § 38 des Beamtenversorgungsgesetzes,
 - b) Unterhaltsbeitrag für Verwandte der aufsteigenden Linie nach § 40 des Beamtenversorgungsgesetzes,
 - c) Unterhaltsbeitrag für Hinterbliebene nach § 41 des Beamtenversorgungsgesetzes,
- 1.11 die Hälfte der nach § 3 Nr. 68 des Einkommensteuergesetzes steuerfreien Renten nach § 3 Abs. 2 des Anti-D-Hilfegesetzes,“.
- bb) Nummer 2.2 wird aufgehoben.
- cc) Die bisherige Nummer 2.3 wird Nummer 2.2.
- dd) Nach Nummer 5.4 wird folgende Nummer 5.5 eingefügt:
- „5.5 die Hälfte der laufenden Leistungen für die Kosten des notwendigen Unterhalts einschließlich der Unterkunft sowie der Krankenhilfe für Minderjährige und junge Volljährige nach § 13 Abs. 3 Satz 2, § 19 Abs. 3, § 21 Satz 2, § 39 Abs. 1 und § 41 Abs. 2 des Achten Buches Sozialgesetzbuch,“.
- ee) Die bisherige Nummer 5.5 wird Nummer 5.6.
- ff) Nummer 6.1 wird wie folgt gefasst:
- „6.1 die Hälfte der als Zuschüsse erbrachten
- a) Leistungen zur Förderung der Ausbildung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz,
 - b) Leistungen der Begabtenförderungswerke, soweit sie nicht von Nummer 6.2 erfasst sind,
 - c) Stipendien, soweit sie nicht von Buchstabe b, Nummer 6.2 oder Nummer 6.3 erfasst sind,
 - d) Berufsausbildungsbeihilfen und des Ausbildungsgeldes nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch,
 - e) Beiträge zur Deckung des Unterhaltsbedarfs nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz,“.
- gg) Nach Nummer 6.2 wird folgende Nummer 6.3 eingefügt:
- „6.3 die Hälfte der nach § 3 Nr. 42 des Einkommensteuergesetzes steuerfreien Zuwendungen, die auf Grund des Fulbright-Abkommens gezahlt werden,“.
- hh) Die Nummern 7 und 8 werden aufgehoben.
- ii) Die bisherigen Nummern 9 und 10 werden die Nummern 7 und 8.
- b) In Absatz 3 werden das Wort „steuerfreien“ gestrichen und die Angabe „Nummern 5.3 und 5.4“ durch die Angabe „Nummern 5.3 bis 5.5“ ersetzt.
7. § 27 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:
- „(4) Der Bewilligungszeitraum beginnt am Ersten des Monats, von dem ab die Bewilligung von Leistungen nach § 1 Abs. 2 abgelehnt worden ist, wenn nicht für denselben Zeitraum andere Leistungen nach § 1 Abs. 2 empfangen werden und wenn der Antrag auf Wohngeld vor Ablauf des auf die Kenntnis der Ablehnung folgenden Kalendermonats gestellt wird.“
8. § 28 Abs. 3 wird aufgehoben.
9. § 29 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:
- „Als Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse gilt im Falle des Satzes 1 Nr. 1 der Beginn des Zeitraumes, für den sich die Miete oder Belastung verringert hat, im Falle des Satzes 1 Nr. 2 der Beginn des Zeitraumes, für den sich die Einnahmen erhöht haben. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn sich die Änderungen nach Satz 1 auf einen abgelaufenen Bewilligungszeitraum beziehen, längstens für drei Jahre vor Kenntnis des Wohngeldempfängers oder der zu seinem Haushalt rechnenden Familienmitglieder von der Änderung der Verhältnisse; der Kenntnis steht die Nichtkenntnis infolge grober Fahrlässigkeit gleich.“
- b) Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn sich die Änderungen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 auf einen abgelaufenen Bewilligungszeitraum beziehen.“
10. Der Fünfte Teil wird aufgehoben.
11. § 34 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Wohngeld, das von einem Land gezahlt worden ist, wird ihm zur Hälfte vom Bund erstattet.“
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „nach dem Fünften Teil“ durch die Wörter „nach dem Ersten bis Vierten Teil“ ersetzt.
12. § 35 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Erhebungsmerkmale sind bei Anträgen und Entscheidungen nach Maßgabe des § 2
- 1. Art des Antrages und der Entscheidung;
 - 2. Zahl der unerledigten Bearbeitungsfälle am Ende des Berichtszeitraums; Betrag des im Berichtszeitraum gezahlten Wohngeldes;
 - 3. Beginn und Ende des Bewilligungszeitraums nach Monat und Jahr; Art und Höhe des monatlichen Wohngeldes;
 - 4. Beteiligung des Wohngeldempfängers am Erwerbsleben und dessen Stellung im Beruf sowie Zahl der zum Haushalt rechnenden Kinder, für die Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz

setz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz geleistet wird, und sonstigen Familienmitglieder;

5. die bei der Berechnung des Wohngeldes zu berücksichtigenden Höchstbeträge für Miete oder Belastung (§ 8 Abs. 1);
 6. die Wohnverhältnisse der Wohngeldempfänger nach Ausstattung, Größe und Jahr der Bezugsfertigkeit der Wohnung, Höhe der monatlichen Miete oder Belastung, im Falle des § 6 Abs. 2 Satz 2 die Belastung aus Zinsen und Tilgung, öffentlicher Förderung der Wohnung oder Förderung nach dem Wohnraumförderungsgesetz, Grund der Antragsberechtigung (§ 3) sowie die Gemeinde und deren Mietenstufe (§ 8 Abs. 2 bis 5);
 7. die Einnahmen des Wohngeldempfängers und der übrigen zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder nach Art und Höhe, die bei der Ermittlung des Jahreseinkommens nicht zu berücksichtigenden Beträge und die dafür maßgebenden Umstände (§§ 12 bis 14) sowie das monatliche Gesamteinkommen;
 8. Monat und Jahr der Wohngeldberechnung und die angewandte Gesetzesfassung.“
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 und 2“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 Nr. 1 Buchstabe a wird die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a bis c und Nr. 2“ durch die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 bis 3“ ersetzt.
 - cc) In Satz 2 Nr. 1 Buchstabe b wird die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c“ durch die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 und 3“ ersetzt.
 - dd) In Satz 2 Nr. 2 wird die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe c bis h und Nr. 2“ durch die Angabe „Absatz 2 Nr. 3 bis 8“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Nr. 1“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.
- d) Absatz 8 Satz 3 wird aufgehoben.
- e) In Absatz 9 werden die Wörter „sowie im Anwendungsbereich des Fünften Teils der Mieter oder mietähnlich Nutzungsberechtigte“ gestrichen.
13. § 36 Abs. 2 wird aufgehoben.
 14. In § 37b Satz 1 werden die Wörter „vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523, 1542), zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. Juni 1989 (BGBl. S. 1058),“ gestrichen.
 15. In § 39 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „vier“ ersetzt.

Artikel 26

Änderung des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (404-26)

In § 1 Abs. 3 Nr. 1 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe nach dem Arbeitsförderungsgesetz“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 27

Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes (53-3)

In § 4a Abs. 3 des Unterhaltssicherungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Februar 2002 (BGBl. I S. 972) werden nach dem Wort „Bundessozialhilfegesetzes“ die Wörter „oder einer Agentur für Arbeit nach § 33 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 28

Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes (53-4)

Das Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. April 2002 (BGBl. I 1258, 1909), zuletzt geändert durch Artikel 66 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3322), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden in der Zwischenüberschrift des Vierten Teils nach dem Wort „Arbeitslosenhilfe“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
2. § 86a wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 wird die Zahl „156“ durch die Zahl „180“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
 - c) Der bisherige Absatz 3 wird neuer Absatz 2.
 - d) Im neuen Absatz 2 wird die Angabe „Die Absätze 1 und 2 gelten“ durch die Wörter „Absatz 1 gilt“ ersetzt.

Artikel 29

Änderung des Finanzausgleichsgesetzes (603-10)

In § 1 Abs. 1 Satz 3 des Finanzausgleichsgesetzes vom 23. Juni 1993 (BGBl. I S. 944, 977), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes zur Fortführung des Solidarpaktes, zur Neuordnung des bundesstaatlichen Finanzausgleichs und zur Abwicklung des Fonds „Deutsche Einheit“ vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3955) geändert worden ist, werden die Angabe „50,5“ durch die Angabe „52,6“ und die Angabe „49,5“ durch die Angabe „47,4“ ersetzt.

Artikel 30**Änderung des Solidarpaktfortführungsgesetzes
(603-10)**

§ 1 Abs. 1 Satz 3 des Artikels 5 des Gesetzes zur Fortführung des Solidarpaktes, zur Neuordnung des bundesstaatlichen Finanzausgleichs und zur Abwicklung des Fonds „Deutsche Einheit „(Solidarpaktfortführungsgesetz – SFG)“ vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3955), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Solidarpaktfortführungsgesetzes vom 21. Juni 2002 (BGBl. I S. 2166) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst: „Vom danach verbleibenden Aufkommen der Umsatzsteuer stehen dem Bund im Jahr 2005 56,3 vom Hundert, im Jahr 2006 56,7 vom Hundert und ab dem Jahr 2007 57,8 vom Hundert und den Ländern im Jahr 2005 43,7 vom Hundert, im Jahr 2006 43,3 vom Hundert und ab dem Jahr 2007 42,2 vom Hundert zu.“

Artikel 31**Änderung der Abgabenordnung
(610-1-3)**

In § 53 Satz 5 der Abgabenordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Oktober 2002 (BGBl. I S. 3866; 2003 I S. 61), die zuletzt ... geändert worden ist, werden nach den Wörtern „Zu den Bezügen zählen nicht Leistungen der Sozialhilfe“ ein Komma und die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ eingefügt, der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Wörter „oder Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch hätten.“ eingefügt.

Artikel 32**Änderung des Berlinförderungsgesetzes 1990
(610-6-5)**

In § 28 Abs. 1 Satz 6 des Berlinförderungsgesetzes 1990 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Februar 1990 (BGBl. I S. 173), das zuletzt ... geändert worden ist, werden nach dem Wort „Sozialversicherung“ das Komma gestrichen und die Wörter „der Arbeitslosenversicherung und der Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „und der Arbeitslosenversicherung“ ersetzt.

Artikel 33**Änderung des Einkommensteuergesetzes
(611-1)**

Das Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4210; 2003 I S. 179), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 3 wird nach Nummer 2a folgende Nummer 2b eingefügt:
„2b. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur Eingliederung in Arbeit nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch;“.

2. In § 75 Abs. 1 werden nach dem Wort „Lebensunterhalt“ die Wörter „oder im Sinne der Vorschriften des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch über die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts“ eingefügt.

Artikel 34**Änderung des Lastenausgleichsgesetzes
(621-1)**

Das Lastenausgleichsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 845; 1995 I S. 248), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 292 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift werden die Wörter „zur Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „zu Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts“ ersetzt.
 - b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach dem Wort „Sozialhilfe“ werden ein Komma und die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts“ eingefügt.
 - bb) Nach den Wörtern „gelten ergänzend die Vorschriften“ werden die Wörter „des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch,“ eingefügt.
 - c) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ ein Komma und die Wörter „von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts“ eingefügt.
 - d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „des Bundessozialhilfegesetzes“ ein Komma und die Wörter „nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch“ und nach dem Wort „gewährte“ die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts oder“ eingefügt.
 - bb) In Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „Träger der Sozialhilfe“ ein Komma und die Wörter „die Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.
 - e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „Hilfe zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des Bundessozialhilfegesetzes“ ein Komma und die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch“ und nach den Wörtern „oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt, kann“ die Wörter „die Bundesagentur für Arbeit,“ eingefügt.
 - bb) In Absatz 4 Nr. 1 werden nach den Wörtern „Hilfe zum Lebensunterhalt“ ein Komma und die Wörter „oder die Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts“ eingefügt.
 - cc) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Träger der Sozialhilfe“ ein Komma und die Wörter „die Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

dd) In Satz 6 werden nach den Wörtern „Träger der Sozialhilfe“ ein Komma und die Wörter „der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

f) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Das Arbeitslosengeld ist Einkommen im Sinne des § 267 Abs. 2 und Rentenleistung im Sinne dieses Abschnitts.“

2. § 363 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „der Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ ersetzt.

b) Die Wörter „Arbeitslosenhilfe gewährt worden ist“ werden durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch gewährt worden sind“ ersetzt.

Artikel 35

Änderung des Entwicklungshelfer-Gesetzes (702-3)

Das Entwicklungshelfer-Gesetz vom 23. Juni 1969 (BGBl. I S. 549), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 15 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Wird der Arbeitslose binnen vier Wochen nach Beendigung des Entwicklungsdienstes, einer späteren krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung oder des Bezuges von Arbeitslosengeld arbeitsunfähig und hat er keinen Anspruch auf Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung, so erhält er vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an ein Tagegeld in Höhe des Arbeitslosengeldes.“

2. In § 23b Abs. 1 werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

Artikel 36

Änderung des Kündigungsschutzgesetzes (800-2)

In § 11 Nr. 3 des Kündigungsschutzgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 1969 (BGBl. I S. 1317), zuletzt geändert durch ..., wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 37

Änderung des Gesetzes über Bergmannsprämien (800-7)

In § 4 des Gesetzes über Bergmannsprämien in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Mai 1969 (BGBl. I S. 434), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden nach dem Wort „Sozialversicherung“ das Komma und die Wörter „der Arbeitslosenversicherung und der Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „oder der Arbeitslosenversicherung“ ersetzt.

Artikel 38

Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes (800-18)

In § 23 Abs. 3 des Arbeitssicherstellungsgesetzes vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „und der Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

Artikel 39

Änderung des Berufsbildungsförderungsgesetzes (806-3)

In § 5 Abs. 1 des Berufsbildungsförderungsgesetzes vom 23. Dezember 1981 (BGBl. I S. 16, 192) i. d. F. der Bekanntmachung vom 12. Januar 1994 (BGBl. I S. 78), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird nach Nummer 4 folgende Nummer 5 angefügt:

„5. für Teilnehmer an einer Berufsausbildungsvorbereitung, soweit der Anbieter der Berufsausbildungsvorbereitung der Anzeigepflicht des § 52 Abs. 1a des Berufsbildungsgesetzes unterliegt: Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit.“

Artikel 40

Änderung des Berufsbildungsgesetzes (806-21)

Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 47 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Der Umschulende hat die Durchführung der beruflichen Umschulung unverzüglich nach Beginn der Maßnahme der zuständigen Stelle schriftlich anzuzeigen. Die Anzeigepflicht erstreckt sich auf den wesentlichen Inhalt des Umschulungsverhältnisses. Bei Abschluss eines Umschulungsvertrages ist eine Ausfertigung der Vertragsniederschrift beizufügen.“

2. § 52 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„52
Überwachung, Beratung.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Anbieter hat die Durchführung von Maßnahmen der Berufsausbildungsvorbereitung vor Beginn der Maßnahme der zuständigen Stelle schriftlich anzuzeigen. Die Anzeigepflicht erstreckt sich auf den wesentlichen Inhalt des Qualifizierungsvertrages sowie die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 des Berufsbildungsförderungsgesetzes erforderlichen Angaben.“

c) In Absatz 3 wird nach der Angabe „Absätze 1“ das Wort „und“ durch das Wort „bis“ ersetzt und folgender Satz 2 angefügt:

„Sofern der Anbieter der Berufsausbildungsvorbereitung nach § 421m des Dritten Buches Sozialgesetzbuch gefördert wird, findet Satz 1 keine Anwendung.“

Artikel 41**Änderung des Vorruhestandsgesetzes
(810-34)**

In § 2 Abs. 1 Nr. 2 des Vorruhestandsgesetzes vom 13. April 1984 (BGBl. I S. 601), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „oder Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

Artikel 42**Änderung des Altersteilzeitgesetzes
(810-36)**

Das Altersteilzeitgesetz vom 23. Juli 1996 (BGBl. I S. 1078), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 Nr. 3 Satz 2 werden nach dem Wort „Arbeitslosenhilfe“ ein Komma und die Wörter „Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld II“ eingefügt.
2. Dem § 3 Abs. 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Die Beschäftigung eines Beziehers von Arbeitslosengeld II erfüllt die Voraussetzungen nach Satz 1 Nr. 2a nur dann, wenn eine Zusage nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 8 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch erfolgt ist.“

Artikel 43**Änderung des Beiträge-Rückzahlungsgesetzes
(826-25)**

§ 6 Abs. 1 des Beiträge-Rückzahlungsgesetzes vom 15. März 1972 (BGBl. I S. 433), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden nach dem Wort „Bundessozialhilfegesetz“ ein Komma und die Wörter „den Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende“ eingefügt.
2. In Satz 2 werden die Wörter „der Arbeitslosenhilfe sowie“ gestrichen.

Artikel 44**Änderung des Bundesversorgungsgesetzes
(830-2)**

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 1a wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) Von den bei der Leistung nach § 27c berücksichtigten Kosten der Unterkunft, mit Ausnahme der Kosten für Heizungs- und Warmwasserversorgung, unterliegen 56 vom Hundert nicht der Rückforderung. Satz 1 gilt nicht, soweit der Begünstigte die Bewilligung der Leistung durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat oder die Bewilligung der Leistung auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat.“

2. In § 16 Abs. 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

3. In § 16b Abs. 5 Buchstabe c werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

Artikel 45**Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes
(85-3)**

Das Bundeserziehungsgeldgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3358), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler,“ gestrichen.
2. § 8 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen gilt für die Dauer der Elternzeit, in der dem Berechtigten kein Erziehungsgeld gezahlt wird, der Nachrang der Sozialhilfe und der Nachrang der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende, insbesondere § 2 Abs. 2 Satz 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 46**Änderung des Bundeskindergeldgesetzes
(85-4)**

Das Bundeskindergeldgesetz in der Fassung der Bekanntmachung der Neufassung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 6), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Kindergeld“ die Wörter „und Kinderzuschlag“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 werden jeweils die Wörter „wird das Kindergeld“ durch die Wörter „werden das Kindergeld und der Kinderzuschlag“ und die Wörter „es wird“ durch die Wörter „sie werden“ ersetzt.
2. In § 5 werden die Wörter „Das Kindergeld wird“ durch die Wörter „Das Kindergeld und der Kinderzuschlag werden“ ersetzt.

3. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a
Kinderzuschlag

(1) Personen erhalten nach diesem Gesetz für in ihrem Haushalt lebende Kinder, die noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, einen Kinderzuschlag, wenn sie für diese Kinder nach diesem Gesetz oder nach dem X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes Anspruch auf Kindergeld oder Anspruch auf andere Leistungen im Sinne von § 4 haben und mit Ausnahme des Wohngeldes über Einkommen oder Vermögen im Sinne der §§ 11, 12 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch mindestens in Höhe des nach Absatz 4 Satz 1 für sie maßgebenden Be-

trages und höchstens in Höhe der Summe aus diesem Betrag und dem Gesamtkinderzuschlag nach Absatz 2 verfügen.

(2) Der Kinderzuschlag beträgt für jedes zu berücksichtigende Kind jeweils bis zu 140 Euro monatlich. Der Gesamtkinderzuschlag wird längstens für insgesamt 36 Monate gezahlt.

(3) Der Kinderzuschlag mindert sich um das nach den §§ 11 und 12 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Wohngeldes zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen des Kindes. Hierbei bleibt das Kindergeld außer Betracht.

(4) Der Kinderzuschlag wird, soweit die Voraussetzungen des Absatzes 3 nicht vorliegen, in voller Höhe gezahlt, wenn das nach den §§ 11 und 12 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Wohngeldes zu berücksichtigende elterliche Einkommen oder Vermögen einem Betrag in Höhe des ohne Berücksichtigung von Kindern jeweils maßgebenden Arbeitslosengeldes II nach § 19 Satz 1 Nr. 1 des Zweiten Buches oder des Sozialgeldes nach § 28 Abs. 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch entspricht. Der Kinderzuschlag wird außer in den in Absatz 3 genannten Fällen auch dann stufenweise gemindert, wenn das nach den §§ 11 und 12 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Wohngeldes zu berücksichtigende elterliche Einkommen oder Vermögen den in Satz 1 genannten jeweils maßgebenden Betrag übersteigt. Als elterliches Einkommen oder Vermögen gilt dabei dasjenige des mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt lebenden allein erziehenden Elternteils, Ehepaares oder als eingetragene Lebenspartner oder in einer eheähnlichen Gemeinschaft zusammenlebenden Paares. Soweit das zu berücksichtigende elterliche Einkommen nicht nur aus Erwerbseinkünften besteht, ist davon auszugehen, dass die Überschreitung des in Satz 1 genannten jeweils maßgebenden Betrages durch die Erwerbseinkünfte verursacht wird, wenn nicht die Summe der anderen Einkommensteile oder des Vermögens für sich genommen diesen maßgebenden Betrag übersteigt. Für je 10 Euro, um die die monatlichen Erwerbseinkünfte den maßgebenden Betrag übersteigen, wird der Kinderzuschlag um 7 Euro monatlich gemindert. Anderes Einkommen sowie Vermögen mindern den Kinderzuschlag in voller Höhe. Kommt die Minderung des für mehrere Kinder zu zahlenden Kinderzuschlags in Betracht, wird sie beim Gesamtkinderzuschlag vorgenommen.“

4. § 9 wird wie folgt gefasst:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Kindergeld und der Kinderzuschlag sind schriftlich zu beantragen.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Vollendet ein Kind das 18. Lebensjahr, so wird es für den Anspruch auf Kindergeld nur dann weiter berücksichtigt, wenn der oder die Berechtigte anzeigt, dass die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 vorliegen.“

5. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 11
Zahlung des Kindergeldes und des Kinderzuschlags.“

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Kindergeld und der Kinderzuschlag werden monatlich gezahlt.“

6. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12
Aufrechnung

„§ 51 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Aufrechnung eines Anspruchs auf Erstattung von Kindergeld oder Kinderzuschlag gegen einen späteren Anspruch auf Kindergeld oder Kinderzuschlag eines oder einer mit dem Erstattungspflichtigen in Haushaltsgemeinschaft lebenden Berechtigten entsprechend, soweit es sich um laufendes Kindergeld oder laufenden Kinderzuschlag für ein Kind handelt, das bei beiden berücksichtigt werden konnte.“

7. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Wird der Antrag auf Kindergeld oder Kinderzuschlag abgelehnt oder das Kindergeld oder der Kinderzuschlag entzogen, ist ein schriftlicher Bescheid zu erteilen.“

b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Bescheides“ die Wörter „über die Entziehung des Kindergeldes“ eingefügt.

8. Nach § 21 wird folgender § 22 angefügt:

„§ 22
Bericht der Bundesregierung

Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2006 einen Bericht über die Auswirkungen des § 6a (Kinderzuschlag) sowie über die gegebenenfalls notwendige Weiterentwicklung dieser Vorschrift vor.“

Artikel 47

Änderung der Verordnung über die Ersatzleistungen an die zum Luftschutzdienst herangezogenen Personen und über die Erstattung fortgewährter Leistungen (215-3)

In § 5 Abs. 1 der Verordnung über die Ersatzleistungen an die zum Luftschutzdienst herangezogenen Personen und über die Erstattung fortgewährter Leistungen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 215-3 veröffentlichten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 48**Änderung der
Sozialhilfedatenabgleichsverordnung
(2170-1-21)**

In § 11 Abs. 1 Nr. 1 der Sozialhilfedatenabgleichsverordnung vom 21. Januar 1998 (BGBl. I S. 103), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Arbeitslosengeld II, Sozialgeld“ ersetzt.

Artikel 49**Änderung der Ausländergebührenverordnung
(26-1-9)**

In § 10 Abs. 1 der Ausländergebührenverordnung vom 19. Dezember 1990 (BGBl. I S. 3002), die zuletzt durch ... geändert worden ist, werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „oder von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 50**Änderung der Arbeitsaufenthalteverordnung
(26-1-12)**

Die Verordnung über Aufenthaltsgenehmigungen zur Ausübung einer unselbständigen Erwerbstätigkeit – Arbeitsaufenthalteverordnung (AAV) vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2994), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
Absatz 4a wird aufgehoben.
2. In Absatz 5 wird die Angabe „4a“ durch die Zahl „4“ ersetzt.
3. In § 8 werden die Wörter „dem Landesarbeitsamt“ durch die Wörter „der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit oder einer von ihr benannten Dienststelle“ ersetzt.

Artikel 51**Änderung der Freizügigkeitsverordnung/EG
(26-2-1)**

In § 8 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Satz 2 der Freizügigkeitsverordnung/EG vom 17. Juli 1997 (BGBl. I S. 1810) werden jeweils nach dem Wort „Sozialhilfe“ ein Komma und die Wörter „zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 52**Änderung der Kindesunterhalt-
Vordruckverordnung
(310-4-7)**

In der Anlage 2 der Kindesunterhalt-Vordruckverordnung vom 19. Juni 1998 (BGBl. I S. 1364), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird das Wort „Arbeitslosen-

hilfe“ durch die Wörter „Arbeitslosengeld II, Sozialgeld“ ersetzt.

Artikel 53**Änderung der
Prozesskostenhilfевordruckverordnung
(310-19-3)**

Die Anlage zu § 1 Abs. 1 der Prozesskostenhilfевordruckverordnung vom 17. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3001), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Abschnitt D werden nach dem Wort „Bundessozialhilfegesetz“ die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ und nach dem Wort „Sozialamtes“ die Wörter „oder des Arbeitsamtes“ eingefügt.
2. In Abschnitt E wird die Angabe „Arbeitslosenhilfe mtl.“ gestrichen.

Artikel 54**Änderung der Wohngeldverordnung
(402-27-1)**

Die Wohngeldverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2722) wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe
„Dritter Teil
Wohnraumnutzung in Heimen
§ 8 Als laufende Hilfe zum Lebensunterhalt anzurechnende Leistungen bei Wohnraumnutzung in Heimen nach § 10 Abs. 2 Nr. 7 des Wohngeldgesetzes“
durch die Angabe
„Dritter Teil
Wohnraumnutzung in Heimen
§ 8 (weggefallen)“
ersetzt.
2. § 1 Abs. 2 wird aufgehoben.
3. § 8 wird aufgehoben.

Artikel 55**Änderung der Verordnung über die
Berufsausbildung zum/zur
Fachangestellten für Arbeitsförderung
(806-21-1-267)**

Die Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Fachangestellten für Arbeitsförderung 1999 vom 15. April 1999 (BGBl. I S. 739) wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 7.2 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

- b) In Nummer 9 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt.
- c) Nach Nummer 9 werden folgende Nummern 10, 11, 11.1 und 11.2 angefügt:
 - „10. Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach dem Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende,
 - 11. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts,
 - 11.1 Arbeitslosengeld II,
 - 11.2 Sozialgeld.“
- 2. § 8 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 Buchstabe b wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe c angefügt:
 - „c) Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben.“
 - b) In Nummer 2 Buchstabe b wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ durch die Wörter „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- 3. Anlage I zu § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 7.2 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
 - b) Es wird folgende Nummer 10 angefügt:
 - aa) In der Rubrik ‚Laufende Nummer‘: „10.“,
 - bb) in der Rubrik ‚Teil des Ausbildungsberufsbildes‘:
 - „Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach dem Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende (§ 3 Nr. 10)“,
 - cc) in der Rubrik ‚Zu vermittelnde Fertigkeiten und Kenntnisse‘:
 - „a) Ziele, Möglichkeiten und arbeitsmarktliche Notwendigkeit der wesentlichen Leistungen erläutern
 - b) Leistungsvoraussetzungen prüfen“.
 - c) Es wird folgende Nummer 11 angefügt:
 - aa) In der Rubrik ‚Laufende Nummer‘: „11.“,
 - bb) in der Rubrik ‚Teil des Ausbildungsberufsbildes‘:
 - „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 3 Nr. 11)
 - Arbeitslosengeld II (§ 3 Nr. 11.1)
 - Sozialgeld (§ 3 Nr. 11.2)“,
 - cc) in der Rubrik ‚Zu vermittelnde Fertigkeiten und Kenntnisse‘:
 - „a) Bedeutung und Zielsetzung der Leistungen erläutern
 - b) Ansprüche prüfen und Anträge bearbeiten

- c) Leistungsbeeinflussende Tatbestände feststellen“.
- 4. Anlage II zu § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Jeweils in Nummer 7.2 werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.
 - b) Der Abschnitt „Erstes Ausbildungsjahr“ wird wie folgt geändert:
 - aa) In Absatz 2 wird nach Nummer 6.1 folgende Nummer 10 eingefügt:
 - „10. Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben, Lernziele a und b“.
 - bb) In Absatz 3 werden nach Nummer 7.2 folgende Nummern 11.1 und 11.2 eingefügt:
 - „11.1 Arbeitslosengeld II
 - 11.2 Sozialgeld, Lernziele a bis c“.
 - c) In Absatz 3 des Abschnitts „Zweites Ausbildungsjahr“ werden nach Nummer 7.2 folgende neue Nummern 10, 11.1 und 11.2 eingefügt:
 - „10. Leistungen zur Eingliederung in Arbeit
 - 11.1 Arbeitslosengeld II
 - 11.2 Sozialgeld“.
 - d) In Absatz 3 des Abschnitts „Drittes Ausbildungsjahr“ werden nach Nummer 7.2 folgende neue Nummern 10, 11.1 und 11.2 eingefügt:
 - „10. Leistungen zur Eingliederung in Arbeit
 - 11.1 Arbeitslosengeld II
 - 11.2 Sozialgeld“.

Artikel 56

Änderung der Ausgleichsrentenverordnung (830-2-3)

§ 2 Abs. 1 der Ausgleichsrentenverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Juli 1975 (BGBl. I S. 1769), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. In Nummer 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,“ eingefügt.
- 2. In Nummer 5 werden die Wörter „Arbeitslosenhilfe sowie das an Stelle der Arbeitslosenhilfe gezahlte Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Eingliederungshilfe nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch,“ gestrichen.

Artikel 57

Aufhebung der Arbeitslosenhilfe-Verordnung (860-3-20)

Die Arbeitslosenhilfe-Verordnung vom 13. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3734), zuletzt geändert durch ..., wird aufgehoben.

Artikel 58**Rückkehr zum einheitlichen
Verordnungsrang**

Die auf den Artikeln 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 59**Neufassung des
Wohngeldgesetzes**

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen kann den Wortlaut des Wohngeldgesetzes in der vom 1. Juli 2004 an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel Artikel 60**Neufassung des Bundeskindergeldgesetzes**

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kann den Wortlaut des Bundeskindergeldgesetzes in der vom Inkrafttreten nach Artikel 61 Abs. 1 geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel 61**Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 zum 1. Juli 2004 in Kraft.

(2) Artikel 1 § 6 und § 47, Artikel 3 Nr. 14, Artikel 17 Nr. 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa bis hh und Buchstabe b sowie Nr. 3 bis 5, Artikel 25 Nr. 6, 9, 13 bis 15 und Artikel 29 treten zum 1. Januar 2004 in Kraft.

(3) Artikel 6 Nr. 1 Buchstabe b und Nr. 16 treten am 1. Januar 2005 in Kraft.

Berlin, den 5. September 2003

Franz Müntefering und Fraktion
Katrin Göring-Eckardt, Christa Sager und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Notwendigkeit des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt

Vorbemerkung

Eine nicht geringe Anzahl von Städten und Gemeinden in Deutschland hat – und dies galt selbst bei einer bis zum Jahr 2000 insgesamt guten kommunalen Finanzsituation – große finanzielle Probleme. Trotz breitgefächelter Einnahmequellen bestehen erhebliche Unterschiede in der Finanzlage einzelner Städte und Gemeinden gleicher Funktion und Größe. Kommunen mit einer günstigen finanziellen Situation, die durch überdurchschnittlich hohe Steuereinnahmen und positive Finanzierungssalden gekennzeichnet sind, stehen Kommunen mit defizitären Verwaltungshaushalten gegenüber, die aus einer strukturbedingten Einnahmeschwäche bei gleichzeitig hohen Ausgaben – insbesondere für soziale Aufwendungen – resultieren.

Die kommunale Finanzsituation in ihrer Gesamtheit hat sich in den vergangenen Jahren verschlechtert. Die Kassenkredite, deren Inanspruchnahme sich deutlich erhöhte, spiegeln die prekäre finanzielle Situation zahlreicher Städte und Gemeinden wider. Die kurzfristigen Kassenkredite werden immer dauerhafter zur Finanzierung von Ausgaben des Verwaltungshaushaltes in Anspruch genommen. Die Kommunalinvestitionen gehen zurück.

Die für diese Situation mit ursächliche Entwicklung der Gewerbesteuererinnahmen bestätigt die bekannten qualitativ-strukturellen Unzulänglichkeiten der Gewerbesteuer. Die Haushalte einiger Gemeinden sind oft stark von der Gewinnsituation nur eines Steuerpflichtigen abhängig. Die Gewerbesteuer erweist sich zunehmend als unberechenbar. Sie ist sehr konjunkturreagibel und zwingt die Kommunen zu einem prozyklischen Ausgabeverhalten. Ihre Reform ist damit Kernstück jeder Gemeindefinanzreform.

Ein Problem bei der Belastung der kommunalen Haushalte durch die Sozialhilfe liegt darin, dass sie häufig dort am größten ausfällt, wo die Einnahmesituation eher unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Das Nebeneinander von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe in der derzeitigen Ausgestaltung wird dabei allgemein als ineffizient empfunden. Die Zusammenlegung beider Leistungen ist daher geboten.

Die aufgezeigten strukturellen Probleme bei den kommunalen Einnahmen und Ausgaben werden durch die vorgelegten Gesetzentwürfe zur Reform der Gewerbesteuer und zur Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe aufgegriffen und gelöst. Sie verstetigen die kommunalen Steuereinnahmen und entlasten insbesondere Städte, Gemeinden und Kreise in strukturschwachen Räumen. Die Kommunen werden 2004 um rund 4,5 und ab dem Jahr 2005 dauerhaft um mehr als 5 Mrd. Euro jährlich entlastet. Dadurch verfügen die Kommunen über einen planbaren und verstetigten Finanzrahmen, ihre Investitionsfähigkeit wird gesichert und verstärkt. Ob auf Grund der dauerhaften Verlagerung finanzieller Ressourcen vom Bund auf die Kommunen die im Finanzplanungsrat vom 21. März 2002 getroffene Verein-

barung über die Defizitaufteilung zwischen Bund und Ländern (einschließlich Gemeinden) anzupassen ist, muss im Finanzplanungsrat erörtert werden.

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Kommission *Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt* hat im August 2002 Empfehlungen für eine umfassende Reform des Arbeitsmarktes und der Arbeitsförderung vorgelegt. Mit dem Ersten und Zweiten Gesetz für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurden weite Teile der Empfehlungen mit Wirkung ab 1. Januar 2003 gesetzlich umgesetzt. Mit dem Dritten Gesetz für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt soll die Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Umbau der Bundesagentur zu einer leistungsfähigen Serviceeinrichtung abgeschlossen werden. Mit dem zeitgleich in die parlamentarischen Beratungen eingebrachten Entwurf eines Vierten Gesetzes für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt soll die Gesetzgebung zur Umsetzung der Empfehlungen der Kommission abgeschlossen werden. Mit dem Vierten Gesetz werden die Arbeitslosenhilfe und die Sozialhilfe für Erwerbsfähige zu einer neuen Leistung – Grundsicherung für Arbeitsuchende – unter einheitlicher Trägerschaft zusammengeführt. Die zentrale Zielsetzung besteht darin, die Eingliederungschancen der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in ungeforderte Beschäftigung zu verbessern, insbesondere durch besonders intensive Beratung und Betreuung und Einbeziehung in die Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik, die anders als die kommunalen Aktivitäten überörtlich ausgerichtet ist.

Der Entwurf des Vierten Gesetzes für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt berücksichtigt die Empfehlungen der von der Bundesregierung am 27. März 2002 einberufenen Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen. Im Mittelpunkt der Kommissionsarbeit standen neben der Zukunft der Gewerbesteuer die finanziellen Folgen einer effizienteren Gestaltung der unterschiedlichen Transfersysteme Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für die Gebietskörperschaften. Die für diesen Schwerpunkt von der Kommission eingerichtete Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ hat mit ihrem Bericht vom 17. April 2003 der Kommission mehrere Modelle für eine effizientere Gestaltung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe mit dem Ziel einer schnellen und passgenauen Eingliederung der Leistungsbezieher in den Arbeitsmarkt vorgestellt. Die Arbeitsgruppe hat dafür insbesondere umfangreiches Zahlenmaterial zum Thema erarbeitet, das in weiten Teilen die datenmäßige Grundlage für diesen Gesetzentwurf bildet.

Historischer Hintergrund

Grundstein für das System der Arbeitslosenhilfe war die Verordnung über die Erwerbslosenfürsorge vom 13. November 1918. Mit dieser Verordnung wurde erstmals für die Personengruppe der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die ausdrücklich aus der klassischen Armenfürsorge ausgegliedert war, eine besondere Form der Fürsorge geschaffen. 1927 folgte im Gesetz über Arbeitslosenvermittlung und

Arbeitslosenversicherung die Krisenunterstützung, später die Arbeitslosenfürsorge und 1969 im Arbeitsförderungs-gesetz die Arbeitslosenhilfe. Sie wurde 1997 weitgehend unverändert in das Dritte Buch Sozialgesetzbuch übernommen. Seit dem Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes am 1. Juli 1962, das an die Stelle der alten „Fürsorge“ trat, bestehen mit der Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zwei steuerfinanzierte staatliche Fürsorgeleistungen nebeneinander. Die steigende Arbeitslosigkeit führte insbesondere im vergangenen Jahrzehnt zu einem rasanten Anstieg der Empfängerzahlen: Bezogen 1991 rund 400 000 Menschen Arbeitslosenhilfe, waren es im Jahr 2002 im Jahresdurchschnitt rund 1,66 Millionen Personen. Die Zahl der Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz stieg von 2,0 Millionen im Jahr 1991 auf 2,7 Millionen im Jahr 2002. Bei dieser Entwicklung ist zu berücksichtigen, dass es kurz nach der Wiedervereinigung in den neuen Ländern faktisch kaum Empfänger von Arbeitslosenhilfe und laufender Hilfe zum Lebensunterhalt geben konnte. Dafür waren zum einen Regelungen des Rechtssystems in der damaligen Deutschen Demokratischen Republik und zum anderen die umfangreiche sozial- und arbeitsmarktpolitische Flankierung des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Transformationsprozesses maßgebend. Der Anstieg der Empfängerzahlen hat auch zur Folge, dass von beiden Leistungen mittlerweile eine große Zahl von Personen erfasst wird. In dieser Situation lassen sich erhebliche Synergieeffekte erzielen, wenn die Aktivierung und Betreuung sowie die Erbringung der passiven Leistungen durch einen großen und leistungsfähigen Dienstleister am Arbeitsmarkt erfolgen.

Probleme des Nebeneinanders zweier Fürsorgeleistungen

Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige sind steuerfinanzierte Fürsorgeleistungen, die sich in ihrer jeweiligen Zielsetzung teilweise überschneiden. Die Lebenslagen erwerbsfähiger Bezieher von Sozialhilfe und der Empfänger von Arbeitslosenhilfe sind vor allem durch eine vergleichbare Problemlage geprägt: Sie sind deswegen hilfebedürftig, weil sie erwerbslos sind. Eine grundlegende Änderung der individuellen Lebenslagen kann grundsätzlich nur durch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit erfolgen, aus deren Entgelt sich der Lebensunterhalt bestreiten lässt. Daraus folgt, dass die vorrangige Aufgabe sowohl der Arbeitsämter als auch der Träger der Sozialhilfe darin besteht, die Hilfebezieher wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Dies erfolgt allerdings zumeist mit unterschiedlichen Handlungsansätzen und nur teilweise aufeinander abgestimmt. Zudem beschränken sich die Sozialämter darauf, ihre Klientel vorwiegend am örtlichen Arbeitsmarkt unterzubringen.

Es gibt eine Reihe von weiteren Unterschieden, die dazu führen, dass das Nebeneinander zweier Fürsorgeleistungen insgesamt wenig effizient, verwaltungsaufwendig und intransparent ist:

- Trotz prinzipiell vergleichbarer Lebenslagen gibt es für Bezieher von Arbeitslosenhilfe und erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger keine arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen aus einer Hand. Für die Teilnahme an einer Qualifizierungs- oder Beschäftigungsmaßnahme sind weniger Angemessenheit und arbeitsmarktpolitische Zweckmäßigkeit entscheidend, sondern die Art des jeweiligen

Leistungsbezugs prägt maßgeblich die Zugangschancen. Unter diesen Rahmenbedingungen können die aktivierenden Leistungen nicht optimal auf den individuellen Hilfebedarf des Einzelnen abgestimmt werden. Hinzu kommt, dass in der Praxis beider Hilfesysteme in der Vergangenheit zu oft die Gewährung der passiven Transferleistung und nicht die Überwindung der Arbeitslosigkeit im Vordergrund stand.

- Während die Sozialhilfe das sog. soziokulturelle Existenzminimum sichern soll, orientiert sich die Arbeitslosenhilfe, die den vorherigen Bezug von Arbeitslosengeld voraussetzt, am zuletzt erzielten Arbeitsentgelt. Folgerichtig differiert der jeweilige Zahlbetrag der Arbeitslosenhilfe erheblich in der Höhe. Insgesamt rund 200 000 Personen erhalten daher bundesweit ergänzend Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Die Niveauunterschiede zwischen beiden Systemen werden verstärkt durch deutlich unterschiedliche Einkommens- und Vermögensgrenzen bei der Bedürftigkeitsprüfung, unterschiedliche Freibeträge von Erwerbseinkommen und unterschiedliche Zumutbarkeitsregelungen bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit.
- Die Zugehörigkeit der Hilfeempfänger zu unterschiedlichen Systemen führt auch zu einer deutlich unterschiedlichen sozialen Sicherung. Arbeitslosenhilfebezieher sind renten-, kranken- und pflegeversichert. Immerhin rund 34 Prozent der gesamten Aufwendungen für die Arbeitslosenhilfe werden für die soziale Sicherung dieses Personenkreises aufgewandt. Demgegenüber übernimmt die Sozialhilfe zwar für Weiterversicherte die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung, wobei dies in angemessenem Umfang auch hinsichtlich der Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung gelten kann. Eine Übernahme von Rentenversicherungsbeiträgen kommt hingegen nur in Ausnahmefällen in Betracht.
- Für die jeweiligen Leistungen zum Lebensunterhalt und die Hilfsangebote zur Überwindung der Arbeitslosigkeit sind verschiedene staatliche Träger zuständig. Die Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe führen daher zu einer Verteilung der finanziellen Lasten der Arbeitslosigkeit auf Bund und Länder bzw. Kommunen, die nicht durch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung abgedeckt wird. Für die Arbeitslosenhilfe hat der Bund im Jahr 2002 rund 11,8 Mrd. Euro und die Kommunen für die erwerbsfähigen Sozialhilfeempfänger rund 8,3 Mrd. Euro ausgegeben. Hinzu kommen noch Ausgaben für Eingliederungsleistungen (rund 4,2 Mrd. Euro für Arbeitslosenhilfebezieher und rund 2,1 Mrd. Euro für Sozialhilfeempfänger) und Personal und Verwaltung (rund 0,9 Mrd. Euro bei der Bundesagentur und rund 1,3 Mrd. Euro bei den Kommunen).
- Hieraus resultiert eine Vielzahl von Problemen: Leistungsbezieher aus beiden Systemen werden bei den Integrationsbemühungen der Träger oftmals vernachlässigt, weil jeder Träger den jeweils anderen für vorrangig verantwortlich hält. Damit verbunden kann die Tendenz zu einem Verschiebeparkplatz finanzieller Lasten zwischen Sozialhilfeträgern und der Bundesagentur nicht gelehnet werden. Insgesamt ist das Verfahren besonders für Bezieher beider Leistungen u. a. durch doppelte Antrag-

stellung und Einkommensprüfung wenig bürgerfreundlich und verwaltungsaufwendig.

- Ein für eine effiziente Beschäftigungsintegration erforderlicher Datenaustausch zwischen Agentur für Arbeit und Trägern der Sozialhilfe sowie beauftragten Dritten ist aus datenschutzrechtlichen Gründen bislang in der Regel nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich.
- Für beide Leistungen sind unterschiedliche Gerichtsbarkeiten zuständig: für die Arbeitslosenhilfe die Sozialgerichte und für die Sozialhilfe die Verwaltungsgerichte.

Vorbereitende Maßnahmen

Die Bundesregierung hat die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige in organisatorischer und leistungsrechtlicher Hinsicht langfristig vorbereitet. Vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit mit einem Gesamtvolumen von rd. 45 Mio. Euro geförderte – und in Kooperation mit der Bundesagentur und den kommunalen Spitzenverbänden durchgeführte – Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe (MoZArT) haben in den Jahren 2000 bis 2003 wichtige praktische Hinweise über die Zusammenführung der organisatorischen und logistischen Ressourcen von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe geben können. Die Koalitionsfraktionen haben die Durchführung von MoZArT mit dem Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe vom 20. November 2000 (BGBl. I S. 1590) ermöglicht.

MoZArT hat u. a. gezeigt, dass die Einrichtung gemeinsamer Anlaufstellen von Arbeitsamt und Träger der Sozialhilfe der richtige Weg ist, um auch arbeitsmarktferne Zielgruppen, die bislang in Sozialhilfe oder anderen Transferleistungen verharren, in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Die im Rahmen von MoZArT erprobten und evaluierten gemeinsamen Anlaufstellen sind der Vorläufer der mit dem Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt flächendeckend eingeführten Job-Center.

MoZArT hat aber auch gezeigt, dass die Verzahnung der passiven Hilfen ohne Veränderung der Rechtsgrundlagen derzeit kaum vorstellbar ist. Dort wo die gemeinsame Leistungsbearbeitung oder -auszahlung erprobt wurde, haben die Vorhaben erhebliche Schwierigkeiten gehabt. Die mit diesem Gesetzentwurf erfolgende Zusammenlegung der Systeme ist insoweit folgerichtig.

Mit dem Modellprojekt FAIR erprobt die Bundesagentur derzeit in ausgewählten Regionen eine personalintensivere Betreuung von Langzeitarbeitslosen, die eine Leistung vom Arbeitsamt oder dem Träger der Sozialhilfe erhalten. Obwohl FAIR noch nicht abgeschlossen ist, zeigen erste Ergebnisse der Evaluation, dass durch den verstärkten Personalansatz und individuelle Eingliederungskonzepte – flankiert durch zusätzliche Fördermittel und die Nutzung regionaler Netzwerke – Langzeitarbeitslosigkeit trotz genereller negativer Entwicklung am Arbeitsmarkt abgebaut werden kann. Der im Rahmen dieses Gesetzentwurfs vorgesehene Betreuungsschlüssel von Fall-Managern zu Arbeitslosen im Verhältnis 1 : 75 berücksichtigt insoweit neben den Ergebnissen vom MoZArT die Zwischenergebnisse von FAIR.

In leistungsrechtlicher Hinsicht haben insbesondere die mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt beschlossenen Änderungen bei der Anrechnung von Einkommen und Vermögen bei der Arbeitslosenhilfe zu einer Annäherung an die Sozialhilfe insoweit geführt.

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung hat aufgezeigt, dass vor allem allein Erziehende und große Familien von Armut bedroht sind. Diesem Ziel schließen sich die Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an. Allein rd. 1 000 000 Kinder sind im heutigen Sozialhilfebezug. Zusätzlich zu diesen werden nach der geplanten Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe weitere Kinder und deren Familien aus der Arbeitslosenhilfe in die neue Leistung „Arbeitslosengeld II“ wechseln.

In der Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002 heißt es: „Wir werden alle Anstrengungen unternehmen, um Armut von Familien zu vermindern.“

Die mit der Umsetzung der Hartz-Vorschläge und dem Ausbau der Tagesbetreuung verbundenen verbesserten Chancen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sind ein wichtiger Beitrag zur Verhinderung und Beseitigung von Familienarmut. Es bieten sich aber noch weitere Schritte an, um Familien mit Kindern aus der Abhängigkeit von der nachrangigen Grundsicherung für Arbeitsuchende herauszuführen.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende wird sich die Zahl der Wohngeldempfänger voraussichtlich von derzeit ca. 2,8 Millionen (Kosten rd. 4,5 Mrd. Euro für Bund und Länder zusammen) auf ca. 3,5 Millionen (Kosten rd. 5,7 Mrd. Euro) erhöhen; rd. 2,5 Millionen Wohngeldempfänger wären zugleich Empfänger einer Transferleistung. Berechnung und Erstattung verursachen erheblichen Verwaltungsaufwand.

Zudem wird der Mietzuschuss nach dem Fünften Teil des Wohngeldgesetzes für Empfänger der Sozialhilfe und Kriegsofferfürsorge (besonderer Mietzuschuss) auch nach den Feststellungen des Bundesrechnungshofes in nicht seltenen Fällen fehlerhaft vollzogen. Dies beruht im Wesentlichen darauf, dass die wohngeldrechtlichen Regelungen nicht oder unzureichend nachvollzogen werden. Die Aufsicht müsste erheblich intensiviert werden.

Aus Gründen der Gleichbehandlung mit bereits zum Einkommen rechnenden Einnahmearten ist es geboten, weitere Einnahmepositionen in das Wohngeldgesetz und das Wohnraumförderungsgesetz aufzunehmen. Außerdem ist im Wohngeldgesetz die neuere Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum Eingriff in abgelaufene Bewilligungszeiträume zu berücksichtigen. Ferner sollen im Wohngeldgesetz und im Wohnraumförderungsgesetz geringfügige redaktionelle Änderungen erfolgen. Schließlich soll der Umfang der Pfändbarkeit des Wohngeldes im Ersten Buch Sozialgesetzbuch eingeschränkt werden; insoweit soll eine dem Erziehungs- und Mutterschaftsgeld grundsätzlich gleiche Regelung gelten.

II. Ziele des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Reform des Arbeitsmarktes ist ein Beitrag, längerfristig – entsprechend den Zielvorgaben der beschäftigungspolitischen Leitlinien der Europäischen Union – in Deutschland wieder Vollbeschäftigung zu erreichen. Es kommt darauf an, allen Bürgerinnen und Bürgern im Sinne des Gender Mainstreaming die Chancen eines gleichberechtigten Zugangs zu einer Erwerbstätigkeit zu eröffnen. Erwerbstätigkeit, Gerechtigkeit und soziale Sicherung auf hohem Niveau sind untrennbar miteinander verknüpft. Die Politik von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist geprägt von den Leitlinien *Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit* und zielt auf ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland.

Die Umsetzung dieser Leitlinien erfordert kontinuierliches Engagement der gesamten Gesellschaft, nicht nur der Politik. Auf der Bundesebene muss hierfür der Handlungsrahmen bereitgestellt werden. Ein Beitrag für die Gestaltung des Handlungsrahmens ist die Reformagenda der Bundesregierung. Sie ist ein wichtiger Ansatz, unsere Gesellschaft und ihre Volkswirtschaft zukunftsfähig zu machen. Die Arbeitsmarktpolitik ist dabei auf das erfolgreiche Zusammenwirken mit anderen Politikbereichen angewiesen. Sie ist nicht in der Lage, die beschäftigungspolitischen Herausforderungen allein zu bewältigen und Beschäftigung zu schaffen. In einer Marktwirtschaft ist und bleibt die Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten vorrangig Aufgabe der Unternehmen.

Zurzeit gehen die Prognosen für die deutsche Volkswirtschaft von einer wirtschaftlichen Belebung in der zweiten Jahreshälfte aus. So lange aber die Beschäftigungsschwelle nicht erreicht wird, kann vor allem die Arbeitsvermittlung nicht ihre volle Wirksamkeit entfalten. Es kommt in der Übergangsphase und vor allem in strukturschwachen Gebieten auch darauf an, mit Hilfe der Arbeitsmarktpolitik die regionalen Arbeitsmärkte zu stabilisieren und Beschäftigungsabbau abzufedern. Die Bundesregierung hat dazu bereits zusätzliche Maßnahmen mit den Sonderprogrammen des Bundes „Jump-Plus“ und „Arbeit für Langzeitarbeitslose“, die insbesondere die Situation der Langzeitarbeitslosen in Ostdeutschland berücksichtigen, eingeleitet.

Die mit den Regelungen dieses Gesetzentwurfs durchzuführende Zusammenführung der bisherigen Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für erwerbsfähige Personen zur ‚Förderung erwerbsfähiger Hilfebedürftiger‘ ist Teil der Reform-Agenda der Bundesregierung. Damit soll insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit abgebaut werden. Die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird von der Bundesagentur für Arbeit erbracht. Das bisherige Nebeneinander von zwei staatlichen Fürsorgeleistungen und den daraus folgenden „Verschiebebahnhöfen“ wird beendet. Zugleich kann in den Agenturen für Arbeit der Grundsatz *Arbeit statt passiver Leistung* besser umgesetzt werden.

Der Entwurf des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt verfolgt in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen die Ziele:

- a) Schnelle und passgenaue Vermittlung der Betroffenen in Arbeit.
- b) Ausreichende materielle Sicherung bei Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit vom Bedarf.
- c) Vermeidung einseitiger Lastenverschiebungen zwischen den Gebietskörperschaften.
- d) Effiziente und bürgerfreundliche Verwaltung.
- e) Breite Zustimmungsfähigkeit.

a) Schnelle und passgenaue Vermittlung in Arbeit, aktivierende Arbeitsmarktpolitik

Leistungen zur Eingliederung in Arbeit haben Vorrang vor Leistungen zum Lebensunterhalt und werden unter Berücksichtigung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht. Grundsätzlich wird eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt. Zur Unterstützung stehen die gesamten Instrumente der Arbeitsförderung zur Verfügung. Soweit eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich ist, sollen erwerbsfähige Hilfebedürftige Beschäftigungsangebote in einem besonderen, öffentlich geförderten Arbeitsmarkt erhalten. Durch die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe sollen die Vorzüge beider Systeme und insbesondere die Neuregelungen des Job-AQTIV-Gesetzes kombiniert und weiterentwickelt werden. Zur schnellstmöglichen Überwindung der Hilfebedürftigkeit bedarf es einer maßgeschneiderten Ausrichtung der Eingliederungsleistungen auf den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Kernelement der neuen Leistung soll deshalb das Fallmanagement sein. Im Rahmen des Fallmanagements wird die konkrete Bedarfslage des Betroffenen erhoben; darauf aufbauend wird dann ein individuelles Angebot unter aktiver Mitarbeit des Hilfebedürftigen geplant und gesteuert. Dabei spielt der Grundsatz „Fördern und Fordern“ eine zentrale Rolle.

Die Eingliederung von Berufsrückkehrerinnen wird im Rahmen des Dritten Buches gefördert. Arbeitslosen, die nach Ausschöpfen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld keinen Anspruch auf die neue Leistung haben, stehen die Fördermöglichkeiten des Dritten Buches zur Eingliederung in eine Erwerbstätigkeit weiterhin offen.

Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit wird durch Eingliederungsleistungen und Anreize gefördert, die Ablehnung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder einer Eingliederungsmaßnahme durch die Kürzung der Leistung zum Lebensunterhalt sanktioniert. Damit soll dem Grundsatz Rechnung getragen werden, dass derjenige, der arbeitet, über ein höheres Einkommen verfügen soll als derjenige, der trotz Erwerbsfähigkeit nicht arbeitet und Leistungen aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende bezieht.

b) Ausreichende materielle Sicherung bei Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit vom Bedarf

Der Gesetzentwurf baut auf dem Grundgedanken auf, dass jeder Mensch grundsätzlich selbst dafür verantwortlich ist, seinen Bedarf und den Bedarf seiner Angehörigen zu sichern. Nur soweit er dazu nicht in der Lage ist, hat der Staat die entsprechende Verantwortung. In diesem Fall ist dem Betroffenen und den mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen ein der Würde des Menschen ent-

sprechendes Leben zu ermöglichen und der Lebensunterhalt im Rahmen des soziokulturellen Existenzminimums zu sichern. Insgesamt werden – Stand: September 2002 – rd. 2,1 Millionen Haushalte mit rd. 4,3 Millionen Personen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts haben.

Darüber hinaus soll, um finanzielle Härten beim Übergang von Arbeitslosengeld in die Grundsicherung für Arbeitsuchende abzufedern, ein auf zwei Jahre befristeter Zuschlag gezahlt werden, dessen Höhe nach einem Jahr halbiert wird und der am Ende des zweiten Jahres entfällt.

Die Regelungen des Gesetzentwurfs sollen nicht zu einseitigen Lastenverschiebungen zwischen den Haushalten der Sozialversicherungsträger, dem Bund als Kostenträger der neuen Leistung und den Kommunen als maßgebliche Kostenträger der Grundsicherung führen. Da bereits alle Arbeitslosenhilfeempfänger und ein großer Teil der Sozialhilfeempfänger gesetzlich kranken- und pflegeversichert sind, werden künftig alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in die entsprechenden Sozialversicherungszweige einbezogen. Darüber hinaus sollen alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen – wie bei der Arbeitslosenhilfe bisher – in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen werden.

c) Vermeidung einseitiger Lastenverschiebungen zwischen den Gebietskörperschaften

Um zu vermeiden, dass die Kosten der Arbeitslosigkeit zwischen den Gebietskörperschaften bzw. zwischen den Gebietskörperschaften und der Bundesagentur für Arbeit bzw. dem Bund verschoben, anstatt nachhaltig gesenkt werden, wird für die Grundsicherung für Arbeitsuchende eine einheitliche Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung geschaffen. Die Bundesagentur wird Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende und führt diese im Auftrag des Bundes durch. Der Bund trägt die Aufwendungen für die Grundsicherung für Arbeitsuchende. Damit hat die Bundesagentur bezogen aus ihrem aus Versicherungsbeiträgen finanzierten Haushalt zunächst Minderausgaben im Umfang von rd. 6,2 Mrd. Euro und die Kommunen im Umfang von rd. 10,4 Mrd. Euro jährlich. Bei den Ländern wird es insbesondere auf Grund zusätzlicher Ausgaben für Wohngeld zu Mehrausgaben in Höhe von rd. 0,4 Mrd. Euro jährlich kommen. Eine Beteiligung der Bundesagentur an den Aufwendungen des Bundes für die Grundsicherung für Arbeitsuchende erfolgt mit der Einführung einer Aussteuerungsquote für die Bundesagentur.

d) Effiziente und bürgerfreundliche Verwaltung

Die bestehenden Kompetenzen zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit werden unter einem Dach in den Agenturen für Arbeit gebündelt. Die Job-Center der Agenturen für Arbeit werden einheitliche Anlaufstelle für alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Zahlreiche Kommunen haben als örtliche Träger der Sozialhilfe im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes in den vergangenen Jahren erfolgreich Beschäftigungspolitik gestaltet. Eine arbeitsteilige Administration bei einheitlicher Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit soll zu einer weiterhin fruchtbaren Zusammenarbeit beider Institutionen führen. Hierüber wird insbesondere auch die erforderliche und wünschenswerte Einbin-

dung der langjährig gewachsenen örtlichen Trägerstrukturen in das neue System gewährleistet.

Darüber hinaus stellt der Gesetzentwurf sicher, dass die Agenturen für Arbeit und die am Integrationsprozess der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen beteiligten Dritten die erforderlichen Sozialdaten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Ziel der datenschutzrechtlichen Vorschriften ist es, die Daten laufen zu lassen und nicht die Bürger.

e) Breite Zustimmungsfähigkeit

Die mit dem Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt beabsichtigte Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige wird nur in einem großen Partei-, Verbände- und Länder-übergreifenden Konsens gelingen. Die Zusammenführung der beiden Hilfesysteme entspricht einem wesentlichen Ergebnis der von der Bundesregierung eingesetzten Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen, in der insbesondere die Länder, die Bundesagentur, die kommunalen Spitzenverbände, die Arbeitgeber und die Gewerkschaften vertreten waren.

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Mit der Einführung eines Kinderzuschlages soll verhindert werden, dass Familien allein wegen ihrer Kinder auf Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld angewiesen sind. Durch den Kinderzuschlag soll die Bereitschaft weiter gestärkt werden, durch Arbeitsaufnahme den Lebensunterhalt selbst zu erwirtschaften.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Vorrangiges Ziel der Änderung des Wohngeldgesetzes ist es, den hohen Verwaltungsaufwand auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ohne rechtliche und materielle Nachteile für Transferleistungsempfänger beachtlich zu minimieren (Vereinfachungsmodell).

Außerdem sollen aus Gründen der Gleichbehandlung einige weitere Einnahmepositionen in das Wohngeldgesetz und das Wohnraumförderungsgesetz aufgenommen werden. Auch die neuere Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum Eingriff in abgelaufene Wohngeld-Bewilligungszeiträume ist zu berücksichtigen. Schließlich soll der Umfang der Pfändbarkeit des Wohngeldes eingeschränkt werden; insoweit soll eine dem Erziehungs- und Mutterchaftsgeld grundsätzlich gleiche Regelung gelten.

III. Inhalte des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

a) Verantwortung erwerbsfähiger Bürgerinnen und Bürger für sich selbst und ihre Angehörigen stärken; soziokulturelles Existenzminimum sichern

- Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten Arbeitslosengeld II und die Mitglieder ihrer Bedarfsgemeinschaft Sozialgeld. Beide Leistungsarten sind staatliche Fürsorgeleistungen. Das Arbeitslosengeld II ist eine aktivierende Grundsicherung für Erwerbsfähige, die sich nicht aus eigenen Mitteln und Kräften helfen können. Zu den „eigenen Kräften und Mitteln“ gehört es ins-

besondere, durch eigene Erwerbstätigkeit Einkommen zu erzielen. Zudem ist vorhandenes Einkommen und Vermögen vorrangig einzusetzen, um den eigenen Lebensunterhalt und den der nichterwerbsfähigen Angehörigen zu sichern. Dabei wird auch Einkommen aus Ansprüchen gegen andere Leistungsträger (z. B. Arbeitslosen-, Kranken- oder Rentenversicherung) oder Dritte (z. B. Versicherungsansprüche) berücksichtigt.

- Anspruchsberechtigt sind alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zwischen 15 und unter 65 Jahren sowie ihre Angehörigen. „Erwerbsfähig“ ist entsprechend dem Sechsten Buch, wer unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann und darf oder innerhalb von sechs Monaten diese Voraussetzungen erfüllen wird. Bei der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit ist es unerheblich, ob eine Erwerbstätigkeit vorübergehend unzumutbar ist (z. B. wegen der Erziehung eines Kindes unter drei Jahren). „Hilfebedürftig“ ist, wer seinen Bedarf und den seiner Bedarfsgemeinschaft aus den einzusetzenden Mitteln und Kräften nicht in vollem Umfang decken kann.
- Die Bedürftigkeitsprüfung orientiert sich hinsichtlich des Vermögens am geltenden Recht der Arbeitslosenhilfe. Darüber hinaus wird private Altersvorsorge ermöglicht, indem in angemessenem Umfang Vermögensteile nicht berücksichtigt werden, die auf Grund bundesgesetzlicher Vorschriften ausdrücklich als Altersvorsorge gefördert werden. Dabei muss gewährleistet sein, dass diese Vermögensteile zweckentsprechend verwendet werden. Hinsichtlich des Einkommens orientiert sich die Bedürftigkeitsprüfung am geltenden Recht der Sozialhilfe. Die Freibeträge bei der Anrechnung von Einkommen aus Erwerbstätigkeit werden gegenüber dem jetzigen Sozialhilferecht und in Abhängigkeit von der Größe der Bedarfsgemeinschaft angehoben, um stärkere Anreize zur Arbeitsaufnahme zu schaffen.
- Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts entsprechen in der Regel dem Niveau der Sozialhilfe. Arbeitslosengeld II und Sozialgeld werden unter Berücksichtigung des Bedarfsdeckungsgrundsatzes so weit wie möglich pauschaliert und die einzelnen Leistungsbestandteile so ausgestaltet, dass die Betroffenen ihre Bedarfe selbst und möglichst einfach ermitteln können. Bundesweit wird es zwei unterschiedliche Pauschalen für Regelleistungen, eine in den alten und eine in den neuen Ländern, geben. Darüber hinaus erhalten jeder erwerbsfähige Hilfebedürftige und die Mitglieder seiner Bedarfsgemeinschaft monatliche Pauschalen für einmalige Leistungen. Diese Pauschalen können bei offensichtlich unwirtschaftlichem Verhalten des Hilfebedürftigen auch als Sachleistung erbracht werden. Leistungen für Mehrbedarfe werden ebenfalls als Vomhundertsatz der maßgebenden Regelleistung in pauschalierter Form erbracht. Unterkunftskosten werden, soweit sie angemessen sind, in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen übernommen.

b) Eingliederungsleistungen vorrangig erbringen und auf den Einzelfall zuschneiden

- Die Agentur für Arbeit benennt jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen einen Fallmanager als persönlichen Ansprechpartner, der ihn und die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen umfassend mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit unterstützt.
- Der erwerbsfähige Hilfebedürftige schließt mit dem Fallmanager für sechs Monate eine Eingliederungsvereinbarung. Die gemeinsam erarbeitete und unterzeichnete Eingliederungsvereinbarung stellt sicher, dass die Agentur für Arbeit Angebote unterbreitet, die den individuellen Bedürfnissen des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, den Anforderungen des Arbeitsmarktes und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Andererseits wird mit jedem Hilfebedürftigen vereinbart, welche Anstrengungen von ihm selbst im Rahmen des Eingliederungsprozesses erwartet werden. In die Eingliederungsvereinbarungen können auch die Leistungen für die in der Bedarfsgemeinschaft lebenden nicht Erwerbsfähigen einbezogen werden. Kommt eine Eingliederungsvereinbarung nicht zustande, soll die Agentur für Arbeit einen entsprechenden Verwaltungsakt erlassen.
- Der erwerbsfähige Hilfebedürftige soll grundsätzlich die Leistungen erhalten, die für seine Eingliederung in Arbeit erforderlich sind. Dazu gehören insbesondere die im Dritten Buch geregelten Leistungen. Darüber hinaus ermöglicht es eine generalklauselartige Regelung, besondere, dem individuellen Bedarf angepasste Leistungen wie z. B. Schuldner- und Suchtberatung oder Kinderbetreuungsleistungen zu erbringen.
- Der Gesetzentwurf wirkt darauf hin, bei jungen Menschen Langzeitarbeitslosigkeit zu vermeiden. Deshalb sind erwerbsfähige Hilfebedürftige unter 25 Jahren in Beschäftigung, Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln. Mit dem am 28. Mai 2003 vom Bundeskabinett verabschiedeten Sonderprogramm des Bundes zum Einstieg arbeitsloser Jugendlicher in Beschäftigung und Qualifizierung (Jump-Plus), das 100 000 Jugendliche erreichen soll, hat die Bundesregierung bereits im Vorfeld der Reform erste notwendige Maßnahmen zur Verwirklichung dieser Zielsetzung ergriffen.
- Die Agentur für Arbeit soll für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die voraussichtlich in absehbarer Zeit eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht finden, befristete Arbeitsgelegenheiten im Sozialrechtsverhältnis schaffen, für die eine angemessene Mehraufwandsentschädigung gezahlt wird.

c) Eigeninitiative fördern – Eigenverantwortlichkeit fördern

- Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit wird finanziell attraktiver ausgestaltet. Hierzu wird ein zeitlich befristeter Arbeitnehmerzuschuss (Einstiegsgeld) eingeführt, der als Ermessensleistung ausgestaltet ist. Der Fallmanager erbringt den Zuschuss, wenn er

diese Maßnahme als besonders geeignet für die Eingliederung des Hilfesuchenden in Beschäftigung erachtet und legt seine Höhe fest.

- Die finanziellen Anreize für die Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit werden gegenüber der bisherigen Sozialhilfepraxis verbessert. Der bisher übliche maximale Freibetrag von 50 vom Hundert des Eckregelsatzes (146 Euro in den alten und 141 Euro in den neuen Ländern) wird in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße in Schritten von 10 vom Hundert pro Person angehoben und insoweit um eine Familienkomponente ergänzt. Dadurch werden insbesondere die im heutigen System wegen der Anrechnungsregelung geringeren Arbeitsanreize für größere Haushalte vermieden.
- Die Kombination aus Freibetrag und Einstiegsgeld führt im Ergebnis dazu, dass künftig in der Regel von jedem netto aus Erwerbseinkommen verdienten Euro weniger als 85 Cent auf das Arbeitslosengeld II angerechnet werden. Die Anrechnung von Erwerbseinkommen wird in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße deutlich abgesenkt.
- Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit wird nicht nur über Anreize gefördert, sondern auch mit Hilfe von Sanktionen gefordert. Bei Ablehnung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Eingliederungsmaßnahme sowie bei fehlender Eigeninitiative wird die Leistung in einem ersten Schritt in Höhe von 30 vom Hundert der Regelleistung für einen Haushaltsvorstand (rd. 90 Euro) gekürzt. Während dieser Zeit entfällt auch der ggf. im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld erbrachte zeitlich befristete Zuschlag. Lehnen jugendliche erwerbsfähige Hilfebedürftige bis unter 25 Jahren zumutbare Erwerbstätigkeit oder Eingliederungsmaßnahmen ab oder bemühen sie sich nicht ausreichend um einen Arbeitsplatz, so erhalten sie für die Dauer von drei Monaten eine Geldleistung weder der Grundsicherung für Arbeitsuchende noch aus nachrangigen Sicherungssystemen. Gegebenenfalls vorrangig erbrachte Leistungen – wie z. B. Wohngeld – sind hiervon nicht berührt. Der Zugang zu Beratung und Betreuung bleibt während des dreimonatigen Zeitraumes erhalten.

d) Angemessene soziale Sicherung gewährleisten

- Erwerbsfähige Hilfebedürftige werden in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert, soweit für sie nicht bereits im Rahmen einer Familienversicherung Versicherungsschutz besteht. Der Bund entrichtet für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen einen Beitrag an die Krankenkasse von pauschal 110 Euro und an die Pflegekasse von pauschal 13 Euro monatlich.
- Erwerbsfähige Hilfebedürftige werden in der gesetzlichen Rentenversicherung auf der Basis des Mindestbeitrags pflichtversichert. Dafür zahlt der Bund einen sich im jeweils folgenden Jahr verändernden pauschalen Betrag an die Rentenversicherung für Arbeiter und Angestellte. Bezieher von Arbeitslosengeld II, die von der Versicherungspflicht in der gesetz-

setzlichen Rentenversicherung befreit sind, erhalten einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung oder eine private Altersvorsorge gezahlt werden.

e) Übergang vom Arbeitslosengeld finanziell abfedern

- Um finanzielle Härten beim Übergang von Arbeitslosengeld in die Grundsicherung für Arbeitsuchende abzufedern, wird ein auf zwei Jahre befristeter Zuschlag gezahlt. Der Zuschlag beträgt zwei Drittel der Differenz aus dem zuletzt bezogenen Arbeitslosengeld und dem Arbeitslosengeld II (ohne Zuschlag). Hierbei wird auch das jeweils gezahlte bzw. zu zahlende Wohngeld berücksichtigt. Der Zuschlag ist bei Alleinstehenden auf 160 Euro, bei nicht getrennt lebenden (Ehe-)Partnern auf 320 Euro und für die mit dem Zuschlagsberechtigten zusammenlebenden minderjährigen Kinder auf 60 Euro pro Kind begrenzt. Die Höhe des Zuschlags wird nach einem Jahr halbiert und entfällt am Ende des zweiten Jahres nach dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld.

f) Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung in Übereinstimmung bringen

- Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist die Bundesagentur für Arbeit. Sie erbringt die Leistung im Auftrag des Bundes.
- Der Bund trägt die Aufwendungen für die Grundsicherung für Arbeitsuchende. Die Finanzierung umfasst Leistungen zur Eingliederung, Leistungen für den Lebensunterhalt (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld), Zuschläge, Sozialversicherungsbeiträge sowie Verwaltungskosten.
- Für Hilfebedürftige, die nach Ausschöpfen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld die Grundsicherung für Arbeitsuchende in Anspruch nehmen, zahlt die Bundesagentur für Arbeit einen Aussteuerungsbetrag an den Bund.

g) Effiziente Strukturen schaffen

- Die flächendeckende Einrichtung von Job-Centern, in denen alle relevanten Dienstleistungen unter einem Dach angeboten werden, sind ein wichtiger Schritt, um besser als bisher kundenorientierte Dienstleistungen am Arbeitsmarkt anbieten zu können. Die Job-Center sollen Serviceeinrichtungen für die Arbeitgeber und Anlaufstellen für alle erwerbslosen Personen sein. Die Job-Center gewährleisten eine umfassende Betreuung und treffen alle im Einzelfall notwendigen Entscheidungen; sie koordinieren alle Kompetenzen, die zur Eingliederung in Erwerbsarbeit und zur Überwindung der Hilfebedürftigkeit notwendig sind. Für die Betroffenen bedeutet das, dass sie eine bürgernahe Anlaufstelle haben und nicht mehr mit einer Vielzahl von Behörden konfrontiert werden.
- Zur Erbringung von Eingliederungsleistungen soll die Agentur für Arbeit keine neuen Strukturen schaffen, sondern sich – soweit vorhanden – geeigneter

Einrichtungen und Dienste anderer Träger bedienen. Beauftragen die Agenturen für Arbeit Dritte mit der Erbringung von Eingliederungsleistungen haben sie insbesondere dafür zu sorgen, dass diese Leistungen wirtschaftlich erbracht werden und entsprechenden Qualitätsstandards genügen. Dazu sollen die Agenturen für Arbeit mit den Dritten Vereinbarungen schließen.

- Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit schließt mit der Bundesagentur Vereinbarungen über Ziele der Leistungen nach diesem Buch. In den Vereinbarungen wird sichergestellt, dass die Zielerreichung jederzeit messbar und überprüfbar ist.
- Die Bundesagentur und von ihr beauftragte Dritte dürfen die für die Erledigung ihrer Aufgaben erforderlichen Sozialdaten erheben, verarbeiten und nutzen. Das Gesetz schafft darüber hinaus die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für die Beauftragung Dritter (z. B. Call-Center) mit der Erhebung der für die Beantragung von Leistungen erforderlichen Stammdaten. Weiterhin ist zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch ein automatisierter Datenabgleich mit anderen Leistungsträgern möglich.
- Streitigkeiten über die Grundsicherung für Arbeitsuchende werden auf Grund der Überlegung, dass sie Fürsorgeleistungen, d. h. nicht Sozialversicherungsleistungen zum Gegenstand haben, den Gerichten der Verwaltungsggerichtsbarkeit zugewiesen.

h) Mitwirkung der Kommunen bei der Betreuung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen

- In der Agentur für Arbeit werden künftig – zumindest übergangsweise – Mitarbeiter der Bundesagentur und der örtlichen Träger der Sozialhilfe die Grundsicherung für Arbeitsuchende arbeitsteilig administrieren. Dies soll in der Form eines gesetzlichen Auftrags nach § 93 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch geschehen. Zukünftig sollen weitergehende und dauerhafte Formen der Zusammenarbeit zwischen den Agenturen für Arbeit und den Kommunen entwickelt werden.

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Mit der Einführung des Kinderzuschlages als eine dem Arbeitslosengeld II und dem Sozialgeld vorgelagerte einkommensabhängige Leistung werden:

- rd. 150 000 Kinder aus dem Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld herausgeholt,
- unabhängig von der Zahl der Kinder ein einheitlicher Lohnabstand erreicht, der die Arbeitsanreize für Eltern verstärkt.

Der Kinderzuschlag bewirkt, dass sich die Arbeitsaufnahme oder die Fortführung von Erwerbstätigkeit dann lohnt, wenn Eltern ihren eigenen Arbeitslosengeld II- und Sozialgeld-Bedarf erwirtschaften. Ohne Kinderzuschlag muss zunächst ein Einkommen in Höhe des Bedarfs der gesamten Familie erwirtschaftet werden.

Kindergeld und Kinderzuschlag erreichen mit 294 Euro einen Betrag, der zusammen mit dem auf Kinder entfallen-

den Wohngeldanteil den durchschnittlichen Arbeitslosengeld II- und Sozialgeld-Bedarf von Kindern abdeckt.

Mit dem damit bewirkten Herauswachsen der Familien aus dem Arbeitslosengeld II und Sozialgeld erfolgt eine – auch verwaltungsmäßige – Entlastung der Agentur für Arbeit.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Zur Minimierung des zu erwartenden Verwaltungsaufwandes durch die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll bestimmt werden, dass dessen Empfänger Wohngeld nicht mehr erhalten. Gleiches soll für die nicht erwerbsfähigen Angehörigen gelten, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben und grundsätzlich Sozialgeld erhalten. Dies hat zur Folge, dass zukünftig die angemessenen Unterkunftskosten vollständig durch die Transferleistung abgedeckt werden.

Aus Gründen der Systemgerechtigkeit sollen in den Ausschluss vom Wohngeld einbezogen werden die Empfänger von

- Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,
- laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz,
- ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt,
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Mit dem Ausschluss der Transferleistungsempfänger vom Wohngeld entfällt daher die Notwendigkeit, zwei Stellen – die Transferleistungsbehörde einerseits und die Wohngeldstelle andererseits – in die Bewilligung der Unterkunftskosten einzuschalten. Das Wohngeld und die Transferleistungssysteme, die Leistungen für den Wohnbedarf abdecken, sollen klar getrennt werden, so dass künftig Unterkunftskosten durch eine Stelle zu bewilligen sind. Als Konsequenz entfallen Erstattungsansprüche der verschiedenen Träger (Transferleistung – Wohngeld) nach § 104 SGB X untereinander, sowie auch ein erheblicher Verwaltungs- und Kontrollaufwand auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Zugleich kann jede Person eines Haushalts hinsichtlich ihrer kopfanteiligen Unterkunftskosten eindeutig einem vorrangigen Leistungsträger zugeordnet werden.

Mit dem Ausschluss der Transferleistungsempfänger vom Wohngeld werden diese hinsichtlich ihrer Unterkunftskosten finanziell nicht schlechter gestellt. Sie erhalten unverändert angemessene Unterkunftskosten nach dem jeweiligen Transferleistungsgesetz.

Auch rechtlich würden die Transferleistungsempfänger nicht schlechter gestellt. Dem Ausschluss der Transferleistungsempfänger vom Wohngeld steht die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 14. November 1969 (1 BvL 4/69, BVerfGE 27, 220 ff.) nicht entgegen.

Das Vereinfachungsmodell trägt Forderungen des Bundesverfassungsgerichts wie folgt Rechnung:

Die Transferleistungsempfänger würden für die verfassungsrechtlich unter dem Gesichtspunkt des Artikels 3

Abs. 1 GG relevanten Fälle – Vermögenseinsatz, Rückzahlungsverpflichtung der Erben des Hilfeempfängers oder seines Ehegatten, Rückgriff auf Unterhaltsverpflichtete – durch den teilweisen Ausschluss der Rückforderung der Transferleistung in den jeweiligen Transferleistungsgesetzen schadlos gestellt. Das heißt, sie stehen für diese Fälle nicht schlechter als ein vergleichbarer Empfänger allgemeinen Wohngeldes, der keine Transferleistung erhält.

IV. Eigenes Buch Sozialgesetzbuch für die Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird in einem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch geregelt. Die Bundesregierung hat sich für ein eigenes Buch im Sozialgesetzbuch entschieden, weil mit der Grundsicherung für Arbeitsuchende nicht nur eine neue Transferleistung entsteht, sondern ein völlig neues Leistungssystem geschaffen wird. Dieser Entscheidung schließen sich die Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an. Dieses Leistungssystem wird Eingliederungsleistungen und Transferleistungen umfassen. Die Eingliederungsleistungen tragen den Besonderheiten (insbes. Langzeitarbeitslosigkeit) der Personen Rechnung, die in die neue Leistung einbezogen sind und deshalb über die Leistungen der im Dritten Buch geregelten aktiven Arbeitsförderung hinausgehen. Die Leistungen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes lehnen sich – anders als die Arbeitslosenhilfe – nicht an die Regelungen zur Höhe des Arbeitslosengeldes an, sondern sind wie die Sozialhilfe bedarfsdeckend. Den unterschiedlichen Personenkreisen (Versicherte/Fürsorgebezieher) entsprechend ist auch das Anreiz- und Sanktionssystem anders ausgestaltet als in den bestehenden Leistungssystemen. Hinzu kommt, dass die Zahl der Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende die Zahl der Bezieher von Leistungen des Dritten Buches deutlich und auf Dauer übersteigen wird.

V. Änderung des Bundeskindergeldgesetzes zur Einführung des Kinderzuschlages

Der Kinderzuschlag wird im Rahmen einer Änderung des Bundeskindergeldgesetzes eingeführt. Dies ist deshalb erforderlich, weil nur eine der Grundsicherung für Arbeitsuchende vorgelagerte Leistung bewirken kann, dass Kinder und Eltern aus der Abhängigkeit von der nachrangigen Grundsicherung für Arbeitsuchende herausgeführt werden können.

VI. Inkrafttreten

Das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt soll noch vor dem 1. Januar 2004 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht werden.

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende tritt danach stufenweise in Kraft:

1. Stufe: Die Vorschriften über die Grundsicherung für Arbeitsuchende treten am 1. Juli 2004 in Kraft. Für Bestandsfälle erbringt die Bundesagentur für Arbeit noch für eine Übergangszeit Arbeitslosenhilfe. Die Träger der Sozialhilfe erbringen für Bestandsfälle weiterhin die die Arbeitslosenhilfe aufstockende Sozialhilfe. Für die übrigen Bestandsfälle erbringen sie Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im Auftrag des Bundes. Aufwendungen für Leistungen nach diesem Buch sowie Verwaltungskosten werden erstattet.

2. Stufe: Die Übergangsregelungen für Bestandsfälle enden spätestens am 31. Dezember 2004. Die Leistungen für ehemalige Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt sollen ab 1. Januar 2005 in den Job-Centern der Agenturen für Arbeit erbracht werden. Die Sachkostenerstattung an die Träger der Sozialhilfe entfällt, falls die Mitarbeiter nicht in die Job-Center umziehen.
3. Stufe: Am 31. Dezember 2006 endet der gesetzliche Auftrag an die Träger der Sozialhilfe zur Erbringung der Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für ehemalige Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt. Die Zusammenarbeit zwischen den Agenturen für Arbeit und den Trägern der Sozialhilfe wird auf der Grundlage von freiwilligen Vereinbarungen fortgesetzt.

Durch Rechtsverordnungsermächtigungen werden Nachsteuerungsmöglichkeiten für einen geordneten Übergang geschaffen.

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Die Änderungen des Bundeskindergeldgesetzes zu Einführung eines Kinderzuschlages treten zeitgleich mit den Vorschriften über die Grundsicherung für Arbeitsuchende am 1. Juli 2004 in Kraft.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Die Änderungen des Wohngeldgesetzes und damit verbundene Änderungen in anderen Gesetzen treten im Wesentlichen zeitgleich mit den Vorschriften über die Grundsicherung für Arbeitsuchende am 1. Juli 2004 in Kraft.

VII. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Der Bund hat für die öffentliche Fürsorge die Gesetzgebungszuständigkeit in dem Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 GG). Dem Bund steht das Gesetzgebungsrecht für diese Bereiche zu, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht (Artikel 72 Abs. 2 GG).

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende tritt an die Stelle der öffentlichen Fürsorgeleistung Arbeitslosenhilfe und ersetzt teilweise die öffentliche Fürsorgeleistung Sozialhilfe. Das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende betrifft sowohl die Herstellung gleicher Lebensverhältnisse als auch die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit. Für die Wahrung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist das Recht der sozialen Sicherheit von besonderem Gewicht. Die Schaffung der Grundsicherung für Arbeitsuchende muss auf Bundesebene erfolgen, um die Einheitlichkeit der Leistungsberechnung für das gesamte Bundesgebiet zu gewährleisten. Auch hinsichtlich des Beschäftigungsstandes und des Einkommensniveaus bestehen noch gravierende regionale Unterschiede. Würde die Gesetzgebung im Bereich

der Grundsicherung für Arbeitsuchende von den einzelnen Ländern wahrgenommen, bestünde die Gefahr, dass sich diese Ungleichgewichte noch vergrößern. Die staatliche Verantwortung für die Grundsicherung für Arbeitsuchende muss daher vom Bund wahrgenommen werden, soll das Ziel, gleichwertige Lebensverhältnisse im Bundesgebiet herzustellen, mit Aussicht auf Erfolg angestrebt werden.

2. Einführung eines Kinderzuschlages

Die Gesetzgebungskompetenz für die Änderung des Bundeskindergeldgesetzes ergibt sich aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 GG. Eine bundeseinheitliche Regelung ist i. S. d. Artikels 72 Abs. 2 GG zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich. Eine Gesetzesvielfalt bei der Gewährung einer dem Arbeitslosengeld II vorgelagerten und mit diesem kompatiblen Leistung auf Länderebene würde zu einer nicht hinnehmbaren Rechtszersplitterung führen.

3. Reform des Wohngeldgesetzes

Die Zuständigkeit des Bundes für die Änderung des Wohngeldgesetzes sowie des Wohnraumförderungsgesetzes folgt aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 18 GG (Wohnungswesen).

Dem Bund steht das Gesetzgebungsrecht für den Bereich des Wohnungswesens zu, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich macht (Artikel 72 Abs. 2 GG).

Die Regelungen im Bereich des Wohngeldgesetzes sowie des Wohnraumförderungsgesetzes dienen sowohl der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse als auch der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit. Sie sind für die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse von besonderer Bedeutung, da es sich um die Bereitstellung und Sicherung des Wohnraums um eine elementare Lebensvoraussetzung handelt. Insoweit sind bundeseinheitliche Regelungen unverzichtbar, damit sich die Lebensverhältnisse in den Ländern nicht in erheblicher Weise auseinander entwickeln und Mindeststandards in einem einzigen Gesetz und nicht in verschiedenen Ländergesetzen festgelegt werden.

Auf Grund der Vielzahl der Berührungspunkte mit den bundeseinheitlichen Büchern des Sozialgesetzbuchs ist auch die Rechts- und Wirtschaftseinheit betroffen. Würde die Regelung des Wohngeldes den Ländern überlassen, würde dies zu einer der Rechtseinheit abträglichen Rechtszersplitterung führen. Zur Aufrechterhaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse und zur Wahrung der Wirtschafts- und Rechtseinheit ist daher im gesamtstaatlichen Interesse die Änderung des Wohngeldgesetzes und des Wohnraumförderungsgesetzes als bundesgesetzliche Regelung erforderlich.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Zweites Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Kapitel 1

Kapitel 1 regelt die Grundlagen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Diese Grundsicherung geht davon aus, dass erwerbsfähige Hilfebedürftige in erster Linie selbst für die Sicherung ihres

Unterhalts und des Unterhalts der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen verantwortlich sind. Von ihnen wird erwartet, dass sie alle Möglichkeiten ausschöpfen, bevor sie die Hilfe der Allgemeinheit in Anspruch nehmen (Grundsatz des Forderns).

Wenn die eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende als staatlicher Fürsorge umfassende Unterstützung mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit (Grundsatz des Förderns). Die Unterstützung erfolgt allerdings nur, soweit sie den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspricht. Das schließt Maßnahmen aus, die aller Voraussicht nach nicht zur Eingliederung in Arbeit führen, die zur Eingliederung in Arbeit nicht erforderlich sind oder die in einem deutlichem Missverhältnis zu dem durch die Arbeitsaufnahme erzielbaren Einkommen stehen (z. B. Kosten der Betreuung für mehrere minderjährige Kinder, wenn durch die Arbeit nur geringes Einkommen erzielt würde).

Zu § 1 (Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende)

Die Vorschrift enthält die programmatischen Kernaussagen zu den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit. Diese Leistungen werden als aktive Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und als passive Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erbracht. Ziel ist es, die Eigenverantwortung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, damit die Erwerbsfähigen ihren Unterhalt und denjenigen der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft Lebenden aus einer eigenen Erwerbstätigkeit bestreiten können. Die aktiven Leistungen sollen den Erwerbsfähigen bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit unterstützen. Sie können auch eingesetzt werden, um die Aufrechterhaltung einer Erwerbstätigkeit zu unterstützen. Die passiven Leistungen sollen den Lebensunterhalt des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise, vornehmlich durch eine Erwerbstätigkeit, aber auch durch zu berücksichtigendes Einkommen und Vermögen, bestreiten können.

Absatz 1 Satz 3 beinhaltet wesentliche Vorgaben für die Erbringung der Leistungen zur Eingliederung in Arbeit. Diese sollen helfen, die Hilfebedürftigkeit so weit wie möglich zu vermeiden und die Erwerbsfähigkeit des Hilfebedürftigen zu erhalten und zu verbessern.

Der Gleichstellung der Geschlechter kommt besondere Bedeutung zu. Die Agentur für Arbeit muss geschlechtsspezifischen Nachteilen bei der beruflichen Eingliederung entgegenwirken. Darüber hinaus muss es auf Verpflichtungen und Einschränkungen des Erwerbsfähigen wegen der Kindererziehung oder der Pflege von Angehörigen Rücksicht nehmen.

Zu § 2 (Grundsatz des Forderns)

Die Vorschrift regelt die Pflichten des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige muss sich vorrangig und eigeninitiativ um die Beendigung seiner Erwerbslosigkeit bemühen. Er muss seine Bedürftigkeit so weit wie möglich beseitigen und aktiv an allen Maßnahmen

mitwirken, die seine Eingliederung unterstützen sollen, insbesondere eine Eingliederungsvereinbarung abschließen.

Zentrale Forderung des neuen Leistungssystems ist die Eigenverantwortung des Erwerbsfähigen, der alle Möglichkeiten nutzen und vorrangig seine Arbeitskraft einsetzen muss, um seinen und der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft Lebensunterhalt zu bestreiten. Der Erwerbsfähige soll nicht abwarten dürfen, dass die Agentur für Arbeit ihm eine Arbeitsstelle vermittelt, sondern er muss sich eigenständig um seine berufliche Eingliederung bemühen. Die Eingliederungsleistungen der Agentur für Arbeit unterstützen diese Bemühungen. Ziel ist es, den Erwerbsfähigen möglichst unabhängig von der Eingliederung in Arbeit durch die Agentur für Arbeit zu machen.

Auf Verlangen der Agentur für Arbeit sind erwerbsfähige Hilfebedürftige, die keine Erwerbstätigkeit finden können, verpflichtet, eine angebotene Arbeit anzunehmen.

Zu § 3 (Leistungsgrundsätze)

Die Regelung beschreibt die Grundsätze der Leistungen zur Eingliederung in Arbeit.

Absatz 1 befasst sich mit den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit. Bei diesen Leistungen handelt es sich um Ermessensleistungen. Im Rahmen der Ermessensentscheidung sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Die Frage der Erforderlichkeit der Eingliederungsleistungen unterliegt der Beurteilung des Fallmanagers. Bei der Entscheidung über Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sind im Einzelfall die Eignung, die beruflichen Neigungen, die individuelle Lebenssituation, die voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und die Dauerhaftigkeit der Eingliederung in Arbeit zu beachten.

Zur Förderung der beruflichen Eingliederung von jungen Menschen sieht Absatz 2 vor, dass allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen unter 25 Jahren grundsätzlich ein Arbeits- oder Ausbildungsangebot unterbreitet wird. Die Regelung soll dazu beitragen, dass Arbeitslosigkeit junger Menschen und eine Gewöhnung an den Bezug von Sozialleistungen vermieden werden. Den jungen Menschen soll deshalb möglichst schnell ein Angebot für eine kurzfristig mögliche Arbeit oder Ausbildung gemacht werden.

Satz 2 des Absatzes 2 verdeutlicht, dass für junge ungelernzte Menschen eine Qualifikation für ihren weiteren beruflichen Lebensweg und zur Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit eine besondere Bedeutung hat. Falls eine kurzfristig mögliche Arbeit angeboten wird, soll die Bundesagentur darauf hinwirken, dass in dieser Arbeit oder im Anschluss daran unter Berücksichtigung insbesondere der Eignung und der Dauerhaftigkeit der Eingliederung des jungen Menschen seine berufliche Qualifikation durch Qualifizierung oder eine Ausbildung verbessert wird. Die Bestimmung verpflichtet die Bundesagentur nicht, eine Ausbildung aus eigenen Mitteln bereitzustellen, wenn eine Vermittlung in Ausbildung nicht möglich ist. Unter jungen Hilfebedürftigen ohne Berufsabschluss sind in Anwendung der Definition in § 77 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB III auch diejenigen jungen Hilfebedürftigen zu verstehen, die zwar über einen Berufsabschluss verfügen, jedoch auf Grund einer mehr als vier Jahre ausgeübten Beschäftigung

in an- oder ungelernter Tätigkeit eine entsprechende Beschäftigung voraussichtlich nicht mehr ausüben können.

Absatz 3 greift den Grundsatz des Förderns und Forderns auf und legt ausdrücklich die Subsidiarität der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts gegenüber einer Erwerbstätigkeit fest.

Zu § 4 (Leistungsarten)

Absatz 1 nennt die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Die Reihenfolge der Aufzählung entspricht der Gewichtung durch den Gesetzgeber. Im Vordergrund stehen die Dienstleistungen der Agentur für Arbeit zur vorrangig anzustrebenden Eingliederung in Arbeit. Geldleistungen sind in erster Linie Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Arbeitslosengeld II). Sachleistungen können z. B. die Bereitstellung von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder oder psychosozialer Dienste sein.

Absatz 2 korrespondiert mit dem Nachrang der Grundsicherung für Arbeitsuchende gegenüber den Leistungen anderer Träger von Sozialleistungen nach § 5 Abs. 1. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige muss vorrangig die Beratungs- und Hilfsangebote und -leistungen anderer Träger nutzen. Die Aufforderung der Agentur für Arbeit begründet eine Mitwirkungspflicht gemäß § 60 des Ersten Buches.

Zu § 5 (Nachrang der Leistungen)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Rangverhältnis zu anderen Leistungen. Verpflichtungen und Leistungen anderer haben grundsätzlich Vorrang vor Leistungen nach diesem Buch. Ermessensleistungen anderer dürfen nicht mit Rücksicht auf die Leistungen nach diesem Buch versagt werden.

Dies würde auch für die Bundesagentur als Träger der Versicherungsleistungen nach dem Dritten Buch gelten. Allerdings regelt § 22 Abs. 4 des Dritten Buches, dass bestimmte Eingliederungsleistungen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nicht aus Mitteln der Versichertengemeinschaft zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 2

Der Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach diesem Buch schließt mit Ausnahme der genannten, nur in seltenen Fällen oder in sehr unregelmäßigem Rhythmus auftretenden Fällen – wie Schuldenübernahme in bestimmten Notlagen, Erstaussstattungen bei Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt, Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich Hausrat oder bei mehrtägige Klassenfahrten – weitere Hilfen zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe aus. Dies gilt auch für den Fall der Absenkung oder des Wegfalls von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld.

Zu Absatz 3

Die Regelung ermöglicht es der Agentur für Arbeit, an Stelle eines Hilfebedürftigen selbst einen Antrag auf Leistungen bei einem anderen Träger zu stellen, wenn der Hilfebedürftige den Antrag trotz Aufforderung nicht gestellt hat. Damit sollen das Realisieren von Ansprüchen gegen andere

Träger und der Nachrang der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sichergestellt werden.

Zu § 6 (Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende)

Die Vorschrift bestimmt die Bundesagentur für Arbeit zum Träger der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Dabei wird die Bundesagentur im Rahmen einer Organisationsleihe für den Bund tätig. Die Bundesagentur kann Dritte mit dem Erbringen von Eingliederungsleistungen beauftragen.

Zu § 7 (Berechtigte)

Die Vorschrift legt für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit den Kreis der Berechtigten fest. Berechtigt sind erwerbsfähige Hilfebedürftige im Alter von 15 bis unter 65 Jahren. Ausgeschlossen sind Personen in Schulausbildung und Hochschulausbildung, Personen, die stationär untergebracht sind und Personen ohne gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland. Nummer 4 nimmt für alle Berechtigten Bezug auf den Begriff des gewöhnlichen Aufenthaltes in § 30 Abs. 1 SGB I.

Da es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes bei drittstaatsangehörigen Ausländern keine einheitliche Auslegung des Begriffes „gewöhnlicher Aufenthalt“ für die verschiedenen Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch gibt, ist dieser für die Leistungen nach dem SGB II zu definieren.

Ausländern, denen auf Grund der aufenthalts- und arbeitsgenehmigungsrechtlichen Bestimmungen der Zugang zum Arbeitsmarkt nicht verwehrt ist, sind als erwerbsfähig anzusehen. Nach der Zielsetzung dieses Gesetzes und aus Gründen der Gleichbehandlung soll für diesen Personenkreis das neue Instrumentarium mit seinen Anreizen und seinen Sanktionsmöglichkeiten zur eigenständigen Lebensunterhaltssicherung greifen, anstatt Leistungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) zu erbringen. Weigert sich ein Ausländer, eine tatsächlich verfügbare und genehmigungsfähige Arbeit anzunehmen, sehen die Regelungen des SGB II nunmehr als Folge die Absenkung der neuen Leistung vor, ggf. auf Null.

Asylbewerber und ausreisepflichtige, geduldete Personen erhalten als Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG) keine Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Bei dem Asylbewerberleistungsgesetz handelt es sich um ein besonderes Sicherungssystem, das aus dem Asylkompromiss heraus entstanden ist und eigenständige und abschließende Regelungen zur Sicherung des Lebensunterhalts sowie zur Annahme und Durchführung von Arbeitsgelegenheiten für einen eng begrenzten Personenkreis von Ausländern enthält.

In diesem Zusammenhang ist klargestellt, dass aufenthaltsrechtliche Bestimmungen und darauf beruhende Entscheidungen der Innenbehörden durch den Bezug der neuen Leistung unberührt bleiben, so dass der Bezug der neuen Leistung aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht hindern kann.

Absatz 2 eröffnet den mit den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft Lebenden auch Dienst- und Sachleistungen, wenn dadurch die Hilfebedürftigkeit beendet oder verringert oder Hemmnisse bei der Eingliederung des Erwerbsfähigen beseitigt oder vermindert werden.

Der Anspruch der Bedarfsgemeinschaft auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts wird grundsätzlich nach der Vermutungsregelung des § 38 realisiert. Die Bedarfsgemeinschaft umfasst den Erwerbsfähigen, seinen Partner (den nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten, den Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft oder den nicht dauernd getrennt lebenden Partner in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft) sowie die haushaltsangehörigen minderjährigen, unverheirateten Kinder des Erwerbsfähigen oder seines Partners, soweit diese nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen – wie z. B. bei Leistungen aus vorgelagerten Sicherungssystemen (Kindergeld, Kinderzuschlag nach dem Bundeskindergeldgesetz) ihren Lebensunterhalt sichern können.

Zu § 8 (Erwerbsfähigkeit)

Absatz 1 definiert die Erwerbsfähigkeit. Die Regelung lehnt sich an § 43 Abs. 2 Satz 2 des Sechsten Buches an. Erwerbsfähig ist eine Person, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann und darf. Zu berücksichtigen sind einerseits die individuelle gesundheitliche Leistungsfähigkeit der Person, andererseits mögliche rechtliche Einschränkungen. Zeitliche Beschränkungen wegen Kindererziehung sind im Hinblick auf den Programmsatz des § 1 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 nicht von Bedeutung. Erwerbsfähig ist auch, wer die gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb von sechs Monaten erfüllen wird.

Nach Absatz 2 trifft die Agentur für Arbeit als zuständiger Träger die Entscheidung über die bestehende bzw. die voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten vorliegende Erwerbsfähigkeit. Entscheidet die Agentur für Arbeit, dass Erwerbsfähigkeit nicht gegeben ist, und schließt sich der in diesem Falle zuständige Träger der Auffassung der Agentur für Arbeit nicht an, hat die gemeinsame Einigungsstelle der beiden Träger nach § 45 zu entscheiden. Bis zu dieser Entscheidung hat die Agentur für Arbeit die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit zu erbringen; ggf. besteht ein Erstattungsanspruch gegen den anderen Träger.

Da die Beschäftigung von Ausländern grundsätzlich unter Erlaubnisvorbehalt steht, ist für die in Absatz 3 geregelte Frage der Erwerbsfähigkeit nur allgemein nach den Bestimmungen des Arbeitsgenehmigungsrechts darauf abzustellen, ob rechtlich ein Zugang zum Arbeitsmarkt besteht oder zulässig wäre, wenn keine geeigneten inländischen Arbeitskräfte verfügbar sind. Die Frage, ob ein solcher unbeschränkter oder nachrangiger Arbeitsmarktzugang rechtlich gewährt wird, richtet sich dabei ausschließlich nach den – durch dieses Gesetz insoweit unberührten – arbeitsgenehmigungsrechtlichen Regelungen.

Zu § 9 (Hilfebedürftigkeit)

Absatz 1 regelt die Hilfebedürftigkeit. Hilfebedürftig ist derjenige, der seinen und der Mitglieder seiner Bedarfsgemeinschaft Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln bestreiten kann. Der Hilfesuchende hat insbesondere seine Arbeitskraft und das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen einzusetzen, um Hilfebedürftigkeit zu vermeiden. Dies korrespondiert mit Grundsätzen des Forderns, insbesondere der Eigenverantwortung.

Hilfebedürftig ist auch derjenige, der wegen tatsächlicher oder rechtlicher Hindernisse das zu berücksichtigende Vermögen objektiv nicht sofort verwerten kann. Darüber hinaus ist derjenige hilfebedürftig, für den die sofortige Verwertung eine Härte bedeuten würde, beispielsweise bei einer kapitalbildenden Lebensversicherung kurz vor dem vereinbarten Auszahlungszeitpunkt. In beiden Fällen werden die Leistungen zum Lebensunterhalt nur als Darlehen erbracht.

Nicht hilfebedürftig ist derjenige, der die erforderliche Hilfe von anderen erhält oder erhalten kann. Insbesondere sind Ansprüche gegenüber Angehörigen und anderen Trägern von Sozialleistungen geltend zu machen.

Ist in einer Bedarfsgemeinschaft nicht der gesamte Bedarf aus eigenen Kräften und Mitteln gedeckt, ist jede Person der Bedarfsgemeinschaft im Verhältnis des eigenen Bedarfs zum Gesamtbedarf an der Hilfebedürftigkeit beteiligt.

Absatz 2 dient dem Schutz des ungeborenen Lebens und soll sicherstellen, dass schwangere Minderjährige nicht wegen des ansonsten üblichen Einsatzes des Elterneinkommens für die in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kinder zu einem Schwangerschaftsabbruch veranlasst werden. Die Regelung entspricht dem Sozialhilferecht.

Absatz 4 enthält eine widerlegbare gesetzliche Vermutung, dass mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen verwandte oder verschwägte Personen, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft im Sinne des § 7 Abs. 3 gehören und in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Erwerbsfähigen leben, diesem Leistungen zum Lebensunterhalt erbringen. Eine Haushaltsgemeinschaft liegt vor, wenn die Personen mit dem Erwerbsfähigen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen leben und „aus einem Topf“ wirtschaften. Der Umfang, in dem von den Verwandten der Einsatz von Einkommen und Vermögen erwartet werden kann, entspricht demjenigen bei § 16 Bundessozialhilfegesetz in der bis 30. Juni 2004 geltenden Fassung.

Zu § 10 (Zumutbarkeit)

Die Vorschrift konkretisiert die Grundsätze des Forderns hinsichtlich der Zumutbarkeit von Tätigkeiten und Maßnahmen. Die Anforderungen an den Erwerbsfähigen sind schärfer als diejenigen bei dem Versicherungssystem des Dritten Buches. Grundsätzlich ist dem Erwerbsfähigen jede Erwerbstätigkeit zumutbar, weil er verpflichtet ist, die Belastung der Allgemeinheit durch seine Hilfebedürftigkeit zu minimieren.

Absatz 1 enthält eine abschließende Aufzählung von Hinderungsgründen. Der Auffangtatbestand der Nummer 5 (sonstiger wichtiger Grund) ist restriktiv anzuwenden. Der einer Aufnahme der Erwerbstätigkeit entgegenstehende individuelle Grund des Erwerbsfähigen muss im Verhältnis zu den Interessen der Allgemeinheit, die die Leistungen an den Erwerbsfähigen und die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft aus Steuermitteln erbringt, besonderes Gewicht haben. Grundsätzlich müssen die persönlichen Interessen zurückstehen. Dies spiegelt auch Absatz 2 wider, der Umstände und Bedingungen nennt, die die Unzumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit nicht begründen.

Die Grundsätze der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit gelten für Leistungen zur Eingliederung in Arbeit entsprechend.

Zu § 11 (Zu berücksichtigendes Einkommen)

Die Vorschrift regelt die Einkommensberücksichtigung im Wesentlichen wie das Sozialhilferecht.

Absatz 1 entspricht inhaltlich dem Sozialhilferecht. Außerdem wird in Satz 2 klargestellt, dass der mit der Änderung des Bundeskindergeldgesetzes eingeführte Kinderzuschlag nur dem jeweiligen Kind als Einkommen zuzurechnen ist, da andernfalls durch dieses Instrument nicht die Abhängigkeit des Kindes von Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II beseitigt werden kann. Dies gilt auch für die Einkommenszurechnung beim Kindergeld.

Absatz 2 ergänzt die Absetzbeträge um den Freibetrag für Erwerbstätige nach § 30. Hinsichtlich der Angemessenheit der Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen wird klargestellt, dass auf die aktuellen Lebensumstände, nämlich die Inanspruchnahme staatlicher Fürsorgeleistungen, und nicht auf den bisherigen Lebenszuschnitt abgestellt wird.

Absatz 3 orientiert sich ebenfalls am Sozialhilferecht und nimmt bestimmte Einnahmen wegen ihres Charakters oder der Zweckbestimmung von der Einkommensberücksichtigung aus.

Zu § 12 (Zu berücksichtigendes Vermögen)

Die Vorschrift regelt die Berücksichtigung von Vermögen im Wesentlichen wie das bisherige Recht der Arbeitslosenhilfe. Neben dem altersabhängigen Grundfreibetrag, mindestens aber 4 100 Euro für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seinen Partner, wird nach Bundesrecht ausdrücklich als Altersvorsorge gefördertes Vermögen („Riester-Anlageformen“) eigenständig und ohne Obergrenze privilegiert. Das Altersvorsorgevermögen wird nicht auf den Grundfreibetrag angerechnet. Hinzu kommt ein Freibetrag für notwendige Anschaffungen. Der Freibetrag korrespondiert mit der Konzeption der Regelleistung, die künftig alle pauschalierbaren Leistungen im Rahmen der von der Regelleistung zu deckenden Bedarfe umfasst. Da davon ausgegangen wird, dass der Leistungsberechtigte aus dieser Regelleistung Ansparungen für größere Anschaffungen, wie z. B. für Haushaltsgeräte oder den Wintermantel, erbringt, müssen diese Ansparungen konsequenterweise bei der Vermögensanrechnung unberücksichtigt bleiben.

Nicht als Vermögen sind zu berücksichtigen angemessener Hausrat, ein angemessenes Kraftfahrzeug für jeden Erwerbsfähigen der Bedarfsgemeinschaft, ein selbst genutztes Hausgrundstück von angemessener Größe oder eine entsprechende Eigentumswohnung sowie Sachen und Rechte, deren Verwertung offensichtlich unwirtschaftlich ist. Ist der erwerbsfähige Hilfebedürftige oder sein Partner nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, ist auch Vermögen privilegiert, das vom Inhaber als für die angemessene Altersvorsorge bestimmt bezeichnet wird. Die Angemessenheit bestimmt sich jeweils nach der aktuellen Lebenssituation des Bezuges einer staatlichen Fürsorgeleistung und nicht nach vorherigem Lebenszuschnitt.

Absatz 4 regelt Art und Zeitpunkt der Bewertung von Vermögen.

Zu § 13 (Verordnungsermächtigung)

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen – und zusätzlich für die in Nummer 2 genannten Fälle auch im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung – Einzelheiten zur Hilfebedürftigkeit und zur Erwerbsunfähigkeit nach diesem Buch zu bestimmen. So kann es auf Erfahrungen und Erkenntnisse der Praxis flexibel reagieren, möglichen Fehlentwicklungen entgegenwirken und Vereinfachungen ermöglichen.

Es kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Antragsteller nicht erwerbsfähig ist. Diese Ermächtigung dient der Arbeitserleichterung und beschränkt sich auf eindeutig der Erwerbsunfähigkeit zuzuordnende Fallgruppen, damit es nicht zur einseitigen Verschiebung zu Lasten anderer Sozialleistungsträger kommen kann.

Geregelt werden können auch Voraussetzungen, unter denen davon auszugehen ist, dass ein Antragsteller nicht hilfebedürftig ist. Hier kommen bestimmte Lebensumstände oder -gewohnheiten in Betracht.

Ergänzend zu den Regelungen dieses Buches zur Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen kann bestimmt werden, dass weitere Einnahmen nicht als Einkommen und weitere Vermögensgegenstände nicht als Vermögen zu berücksichtigen sind.

Bestimmt werden kann auch, wie Einkommen und Vermögen zu ermitteln sind und dass bestimmte Pauschbeträge für die vom Einkommen abzusetzenden Beträge zu berücksichtigen sind.

Zu § 14 (Grundsatz des Förderns)

Die Vorschrift knüpft an die Aussagen zur Förderung des Erwerbsfähigen, insbesondere zur Eigenverantwortung, an und stellt klar, dass der Erwerbsfähige von der Agentur für Arbeit umfassend zu unterstützen ist. Dies bedeutet mehr als das Beraten und Vermitteln. Die Agentur für Arbeit hat alle Einflussfaktoren für die berufliche Eingliederung zu berücksichtigen und alle erforderliche Unterstützung zu geben, die sich mit den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit vereinbaren lässt. Hierzu gehört bei Bedarf auch die intensive Betreuung. Die Zuordnung nach Möglichkeit nur eines Ansprechpartners soll ein kompetentes Fallmanagement sicherstellen, ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Erwerbsfähigen und dem Mitarbeiter der Agentur für Arbeit fördern und der Effizienz der Betreuung des Erwerbsfähigen dienen.

Zu § 15 (Eingliederungsvereinbarung)

Die Eingliederungsvereinbarung konkretisiert das Sozialrechtsverhältnis zwischen dem Erwerbsfähigen und der Agentur für Arbeit. Sie enthält verbindliche Aussagen zum Fördern und Fordern des Erwerbsfähigen, insbesondere zu den abgesprochenen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und den Mindestanforderungen an die eigenen Bemühungen um berufliche Eingliederung nach Art und Umfang. Die Eingliederungsvereinbarung soll für sechs Monate gelten. Gelingt die Eingliederung in diesem Zeitraum nicht, ist eine neue Vereinbarung zu schließen, dabei sind die gewonnenen Erfahrungen zu berücksichtigen. Durch die Befristung sol-

len eine intensive Betreuung und eine zeitnahe kritische Überprüfung der Eignung der für die berufliche Eingliederung eingesetzten Mittel sichergestellt werden. Kommt eine Eingliederungsvereinbarung nicht zustande, können die vorgesehenen Festlegungen auch durch einen Verwaltungsakt getroffen werden.

In die Eingliederungsvereinbarung können auch die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft einbezogen werden, wenn sie nicht ein berechtigtes Interesse darlegen, ihre Rechte und Pflichten gegenüber der Agentur für Arbeit selbst wahrzunehmen. Der Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung kommt mit einem nur Informationen begehrenden Kunden nicht in Betracht.

Wird in der Eingliederungsvereinbarung eine Bildungsmaßnahme vereinbart, muss auch der Umfang der Schadenersatzpflicht des Erwerbsfähigen für den Fall geregelt werden, dass er die Maßnahme aus eigenem Verschulden nicht zu Ende führt. Dies soll über eine drohende Absenkung des Arbeitslosengeldes II hinaus den Anreiz für den Betroffenen erhöhen, die Bildungsmaßnahme planmäßig zu beenden.

Zu § 16 (Leistungen zur Eingliederung)

Nach Absatz 1 stehen alle wesentlichen Eingliederungsleistungen des Dritten Buches auch den Beziehern von Arbeitslosengeld II zur Verfügung. Dies sind die Beratung und Vermittlung, die Unterstützung der Beratung und Vermittlung, die Verbesserung der Eingliederungsaussichten, die Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung, die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit, die Förderung der Berufsausbildung, die Förderung der beruflichen Weiterbildung, die Eingliederung von Arbeitnehmern, die berufliche Ausbildung, berufliche Weiterbildung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Förderung der Berufsausbildung und Beschäftigung begleitende Eingliederungshilfen, die Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, die Förderung von Beschäftigung schaffenden Infrastrukturmaßnahmen, die Förderung beschäftigter Arbeitnehmer, der Anspruch auf einen Vermittlungsgutschein, die Beauftragung von Trägern mit Eingliederungsmaßnahmen und die Befreiung von Beiträgen zur Arbeitsförderung bei Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. Personen, die keinen Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch haben, stehen die Eingliederungsleistungen nach dem Dritten Buch weiterhin offen.

Absatz 2 enthält darüber hinaus eine Generalklausel für ergänzende Eingliederungsleistungen. Die Hauptbeispiele für die ergänzende Unterstützung der Eingliederung werden in der nicht abschließenden Aufzählung des Absatzes 2 genannt. Bei den im öffentlichen Interesse liegenden, zusätzlichen Arbeitsgelegenheiten erhält der erwerbsfähige Hilfebedürftige weiterhin das Arbeitslosengeld II zuzüglich einer Entschädigung für Mehraufwendungen (entsprechend der Mehraufwandsvariante nach § 19 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 Alternative 2 des bis zum 30. Juni 2004 geltenden Bundessozialhilfegesetzes). In diesem Falle wird ein Arbeitsverhältnis nicht begründet. Die arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften sind jedoch anzuwenden.

Absatz 3 ermöglicht Erwerbsfähigen die Fortsetzung der Teilnahme an einer Eingliederungsmaßnahme, wenn die Hilfebedürftigkeit inzwischen entfallen ist. Die Maßnahme kann bei positiver Erfolgsprognose darlehensweise weiter

gefördert werden, wenn bereits zwei Drittel der Maßnahme durchgeführt worden sind. Das Darlehen kann von Sicherheiten abhängig gemacht werden.

Zu § 17 (Einrichtungen und Dienste für Leistungen zur Eingliederung)

Die Vorschrift erlegt der Agentur für Arbeit ein weit reichendes Zurückhaltungsgebot auf. Die Agentur für Arbeit soll von der Schaffung eigener Dienste und Einrichtungen absehen, soweit Dritte diese vorhalten, ausbauen oder in Kürze schaffen können. Dies gilt für kommunale Träger und Träger der freien Wohlfahrtspflege, aber auch für sonstige Träger. Voraussetzungen sind Leistungsfähigkeit und Flexibilität, damit bei den Leistungen zur beruflichen Eingliederung den individuellen Erfordernissen im Einzelfall Rechnung getragen werden kann.

Die Vereinbarungen müssen die Leistung, die Vergütung und die Prüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit regeln. Sie müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit entsprechen.

Erfüllen Dritte Aufgaben nach dem Dritten Buch, bedarf es keiner Vereinbarung nach dieser Vorschrift.

Zu § 18 (Örtliche Zusammenarbeit)

Die Agenturen für Arbeit müssen bei der Erbringung von Eingliederungsleistungen mit den Beteiligten des örtlichen Arbeitsmarktes zusammenarbeiten. Die Träger und Stellen sollen als Partner in vertrauensvoller Zusammenarbeit dafür Sorge tragen, dass die Eingliederungsleistungen möglichst gleichmäßig und flächendeckend zur Verfügung stehen. Zugleich sollen sie kooperieren, um Leistungsmissbrauch zu verhindern oder aufzudecken. Die Agenturen für Arbeit

sind gehalten, mit den kommunalen Trägern auf deren Verlangen Vereinbarungen über das Erbringen von Leistungen nach diesem Buch mit Ausnahme der in § 16 Abs. 1 genannten, originär von der Agentur für Arbeit zu erbringenden Leistungen abzuschließen. Die Vereinbarungen können öffentlich-rechtlicher und privatrechtlicher Natur sein und jede Form der Zusammenarbeit betreffen. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit kann die Mindestanforderungen an solche Vereinbarungen bestimmen.

Die Zusammenarbeit der Agentur für Arbeit mit den wichtigen Akteuren des örtlichen Arbeitsmarktes ist dann am wirkungsvollsten, wenn neben den Eingliederungsleistungen nach diesem Buch auch die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch einbezogen werden. Die Aufnahmefähigkeit des örtlichen Arbeitsmarktes ist für alle Aktivitäten der Agentur für Arbeit eine entscheidende Bestimmungsgröße. Für die Akteure auf dem örtlichen Arbeitsmarkt muss das Gesamtspektrum der aktiven Leistungen transparent und für Abstimmungsentscheidungen zugänglich gemacht werden. In diesem Kontext ist es zweckmäßig, die Leistungen nach diesem Buch auch in das regionale Arbeitsmarktmonitoring einzubeziehen.

Zu Abschnitt 2 (Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts)

Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts decken den Bedarf der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihnen in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen. Die Leistungen werden bis auf die Kosten für Unterkunft und Heizung in aller Regel in pauschalierter Form erbracht. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über den mit diesem Gesetz zu sichernden Bedarf:

Pauschale Regelleistungen (RL) bei Arbeitslosengeld II/Sozialgeld				
	Alleinstehende(r) oder Alleinerziehende(r)	Sonstige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft		
		Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres jeweils	Kinder ab Beginn des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres jeweils	Partner ab Beginn des 19. Lebensjahres jeweils
	100 %	60 % RL	80 % RL	90 % RL
Alte Länder einschließlich Berlin (Ost)	345 Euro	207 Euro	276 Euro	311 Euro
Neue Länder	331 Euro	199 Euro	265 Euro	298 Euro
	jeweils zuzüglich <ul style="list-style-type: none"> • Mehrbedarfe bei Schwangerschaft, Alleinerziehung, Behinderung oder kostenaufwändiger Ernährung, • Leistungen für Unterkunft und Heizung, • für Bezieher von Arbeitslosengeld II bei Vorliegen der Voraussetzungen ein befristeter Zuschlag von bis zu 160 Euro jeweils für den Erwerbsfähigen und den Partner und bis zu 60 Euro für jedes Kind, • für Bezieher von Arbeitslosengeld II die zu zahlenden Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung und • für Bezieher von Sozialgeld Kranken- und Pflegeversicherungsschutz. 			

Zu § 19 (Arbeitslosengeld II)**Zu Satz 1**

Das Arbeitslosengeld II dient der Sicherung des Lebensunterhalts von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Es umfasst

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Hierzu gehören auch die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung;
- unter bestimmten Voraussetzungen einen zeitlich befristeten Zuschlag für diejenigen, die innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II beziehen.

Mit diesem Leistungsspektrum umfasst das Arbeitslosengeld II eine Leistung, die – wie das im Abschlussbericht der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen zurarbeitenden Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ dargestellte „Stufenmodell“ – am Niveau der sozialhilferechtlichen Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen ausgerichtet ist und außerdem unter bestimmten Voraussetzungen für frühere Arbeitslosengeldbezieher im Rahmen des befristeten Zuschlags finanzielle Härten ausgleicht, die aus dem Übergang vom Bezug vom Arbeitslosengeld in das Arbeitslosengeld II entstehen können.

Die Regelungen zum Arbeitslosengeld II stellen außerdem sicher, dass der erwerbsfähige Hilfebedürftige neben dem Arbeitslosengeld II grundsätzlich keine ergänzenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen mehr nach dem Sozialhilferecht benötigt. Nur in den eng begrenzten, in § 5 Abs. 1 genannten Ausnahmefällen, sind die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihnen in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen insoweit auf die Hilfe zum Lebensunterhalt nach der Sozialhilfe zu verweisen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen des Arbeitslosengeldes II, wie auch generell in der Sozialhilfe, keine Schulden des Hilfebedürftigen übernommen werden. Die Agentur für Arbeit kann Mietschulden allenfalls in den Fällen darlehensweise übernehmen, in denen der auf Grund von Mietschulden drohende Verlust der Wohnung die Aufnahme einer konkret in Aussicht stehenden Beschäftigung verhindern würde, vgl. hierzu die Regelung des § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5.

Zu Satz 2

Das Arbeitslosengeld II ist – als nachrangige Fürsorgeleistung – eine bedarfsorientierte und auch bedürftigkeitsgeprüfte Leistung. Deshalb mindert sich das Arbeitslosengeld II um das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen, wobei im Rahmen der Einkommensanrechnung auch Freibeträge aus Erwerbstätigkeit, die sich aus § 30 ergeben, zu berücksichtigen sind.

Zu § 20 (Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts)**Zu Absatz 1**

Die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts umfasst – wie der Regelsatz im Rahmen der Hilfe zum Le-

bensunterhalt nach dem Zwölften Buch – neben dem Bedarf an Ernährung, Körperpflege, Hausrat und den Bedarfen des täglichen Lebens in vertretbarem Umfang auch die Beziehungen zur Umwelt sowie eine Teilnahme am kulturellen Leben. Die Regelleistung bildet also im Rahmen des Arbeitslosengeldes II das „soziokulturelle“ Existenzminimum der insoweit als Referenzsystem für alle bedarfsorientierten und bedürftigkeitsabhängigen staatlichen Fürsorgeleistungen fungierenden Sozialhilfe ab. Die Regelleistung umfasst die im Rahmen der genannten Bedarfe pauschalierbaren Leistungen. Die Vorschriften zur Regelleistung enthalten keine Regelungen zu ihrer Bemessung, da hierfür die Regelungen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch einschließlich der Regelsatzverordnung einschlägig sind, die das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit erlassen wird.

Zu Absatz 2

Die monatliche Regelleistung für Personen, die allein stehend oder allein erziehend sind, ergibt sich aus der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt erhobenen Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998, die auf den Stand 1. Juli 2003 hochgerechnet wurde. Hierbei gilt auf Grund der Regelung des § 29 Abs. 2 Satz 3 des Zwölften Buches, dass die Eckregelleistung West (einschließlich Berlin Ost) und die Eckregelleistung Ost um nicht mehr als 14 Euro differieren sollen.

Zu Absatz 3

Bei dieser Regelung wird klargestellt, dass immer dann, wenn zwei Angehörige der Bedarfsgemeinschaft das 18. Lebensjahr vollendet haben, ihre Regelleistung jeweils 90 vom Hundert, also den rechnerischen Durchschnitt zwischen der Regelleistung für den Alleinstehenden und für seinen Partner beträgt. Diese Regelung ist auch deshalb sinnvoll, weil Frauen in Partnerschaften in der Regel nicht als Haushaltsvorstand gelten und daher ohne Durchschnittsmittelung nur die geringere Regelleistung von 80 vom Hundert erhalten würden. Die Regelung ist mit der Regelsatzverordnung zum Zwölften Buch vereinbar.

Im Übrigen beträgt die Regelleistung für erwerbsfähige Angehörige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, entsprechend der neu zu erlassenden Regelsatzverordnung zum Zwölften Buch 80 vom Hundert der nach Absatz 2 maßgebenden Regelleistung.

Zu Absatz 4

Die Anpassung der Regelleistung erfolgt – wie in der Sozialhilfe auch – jeweils zum 1. Juli eines Jahres um den Vorhundertssatz, um den sich auch der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert. Außerdem wird entsprechend den Regelungen im Zwölften Buch die Bemessung der Regelleistung überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt, sobald die Ergebnisse einer neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vorliegen.

Zu Absatz 5

Die Regelung stellt sicher, dass sich bei künftigen Fortschreibungen der Regelleistungen immer volle Euro-Beträge ergeben.

Zu § 21 (Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt)

Zu Absatz 1

Die Regelung stellt klar, dass für bestimmte, typisierte Bedarfe, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind, Mehrbedarfe gezahlt werden, die – wie die entsprechenden Regelungen im Zwölften Buch – als Bruchteil der maßgebenden Regelleistung bestimmt werden.

Zu Absatz 2

Die Regelung entspricht der Mehrbedarfsregelung für werdende Mütter im Rahmen der Sozialhilfe.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht der Mehrbedarfsregelung der Sozialhilfe für allein erziehende Personen, die mit einem oder mehreren jungen Kindern zusammenleben.

Zu Absatz 4

Die Regelung des Mehrbedarfs für erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige entspricht ebenfalls der Mehrbedarfsregelung der Sozialhilfe für diese Personengruppe, wobei lediglich die Fallgestaltungen des § 49 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Zwölften Buches (Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, Hilfe zur schulischen Ausbildung) ausgenommen sind, weil sich aus der Regelung des § 7 Abs. 4 ergibt, dass nur diejenigen Hilfebedürftigen Förderleistungen und damit auch Leistungen des Arbeitslosengeldes II erhalten, die sich nicht in schulischer Ausbildung oder in Ausbildung an einer Hochschule befinden.

Zu Absatz 5

Wie in der Sozialhilfe ist auch im Rahmen des Arbeitslosengeldes II ein Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung vorgesehen. Hierbei ist eine Präzisierung dahin gehend vorgenommen worden, dass der Mehrbedarf nur bei Nachweis des Bedarfs aus medizinischen Gründen anzuerkennen ist. Zur Angemessenheit des Mehrbedarfs können die hierzu vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge entwickelten und an typisierbaren Fallgestaltungen ausgerichteten Empfehlungen herangezogen werden.

Zu Absatz 6

Die Summe aller gezahlten Mehrbedarfe darf gegenüber demselben Hilfebedürftigen nicht höher sein als die für ihn maßgebende Regelleistung. Diese Regelung entspricht der Parallelregelung in der Sozialhilfe.

Zu § 22 (Leistungen für Unterkunft und Heizung)

Zu Absatz 1

Die Kosten für Unterkunft und Heizung werden wie in der Sozialhilfe in tatsächlicher, angemessener Höhe berücksichtigt, wobei sie den am Maßstab der Sozialhilfepraxis ausgerichteten – angemessenen – Umfang nur dann und solange

übersteigen dürfen, wie es dem allein stehenden Hilfebedürftigen oder der Bedarfsgemeinschaft nicht möglich oder nicht zuzumuten ist, die Aufwendungen für die Unterkunft zu senken. Die hierbei zu beachtenden Voraussetzungen entsprechen den sozialhilferechtlichen Regelungen. Außerdem ist geregelt, dass der erwerbsfähige Hilfebedürftige vor Abschluss eines neuen Mietvertrages die Zusicherung der Agentur für Arbeit zu den Aufwendungen für die neue Unterkunft einholen soll. Ebenfalls geregelt sind die Voraussetzungen, unter denen die Agentur für Arbeit in diesen Fällen der Höhe der Aufwendungen zustimmen muss.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt klar, dass – wie im Sozialhilferecht auch – Wohnungsbeschaffungskosten sowie Mietkautionen und Umzugskosten bei vorheriger Zustimmung durch die Agentur für Arbeit übernommen werden können.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht dem Sozialhilferecht und ist erforderlich, um die Zahlung der Unterkunft in den Fällen zu sichern, in denen von einer zweckentsprechenden Verwendung der Kosten durch den Hilfesuchenden nicht ausgegangen werden kann, wie z. B. im Fall von Trunksucht oder fortgesetzt unwirtschaftlichem Verhalten.

Zu § 23 (Abweichende Erbringung von Regelleistungen)

Zu Absatz 1

Die Regelung stellt klar, wie zu verfahren ist, wenn im Einzelfall ein von den Regelsätzen umfasster und nach den Umständen unabweisbarer Bedarf nicht gedeckt werden kann. Soweit das für diesen Fall zur Ansparung vorgesehene Vermögen nach § 12 Abs. 2 Nr. 3 im Einzelfall nicht oder nicht in ausreichender Höhe zur Verfügung steht und der Leistungsberechtigte vorrangig auch nicht auf eine andere Bedarfsdeckung, z. B. auf Gebrauchtwarenlager oder auf Kleiderkammern, verwiesen werden kann, erbringt die Agentur für Arbeit bei Nachweis des unabweisbaren Bedarfs eine Sachleistung oder Geldleistung in Form eines Darlehens. Hierbei besteht grundsätzlich kein Anspruch auf fabrikneue Gegenstände. Das Darlehen wird durch monatliche Aufrechnung in Höhe von bis zu 10 vom Hundert mit der zu zahlenden monatlichen Regelleistung getilgt. Hierbei sind auch die Regelleistungen einzubeziehen, die an die mit dem Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen zu zahlen sind.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt klar, unter welchen Voraussetzungen die monatliche Regelleistung ganz oder in Teilen als Sachleistung zu erbringen ist.

Zu § 24 (Befristeter Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld)

Zu Absatz 1

Das im Bericht der Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen dargestellte „Stufenmodell“ sieht für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die nach Beendigung des Bezugs von Ar-

beitslosengeld in die neue, aus Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengeführte Leistung kommen, zur Abfederung finanzieller Härten einen zeitlich befristeten, degressiven Zuschlag vor (Bericht der Arbeitsgruppe, 3.2, Seite 19):

„Der befristete Zuschlag erhöht den Anspruch auf die neue Leistung um 66,7 vom Hundert (zwei Drittel) des Unterschieds zwischen dem Haushaltseinkommen bei Arbeitslosengeldbezug und der Leistungshöhe (hier: Leistung in Höhe der Sozialhilfe plus freigestelltes Erwerbseinkommen). Höchstbetrag ist bei Alleinstehenden 160 Euro, bei Paaren 320 Euro sowie 60 Euro für jedes Kind. Der befristete Zuschlag sinkt nach einem Jahr auf die Hälfte und entfällt nach zwei Jahren ganz.“

Der befristete Zuschlag soll berücksichtigen, dass der ehemalige Arbeitslosengeldempfänger durch häufig langjährige Erwerbstätigkeit – im Unterschied zu solchen Empfängern der neuen Leistung, die nur jeweils kurzfristig bzw. noch nie erwerbstätig waren – vor dem Bezug der neuen Leistung einen Anspruch in der Arbeitslosenversicherung erworben hat. Er soll in vertretbarem Umfang einen Teil der Einkommenseinbußen abfedern, die in der Regel beim Übertritt in die neue Leistung entstehen werden. Die Halbierung des Zuschlages ein Jahr nach dem Arbeitslosengeldbezug und der Wegfall zu Beginn des dritten Jahres nach dem Ende des Arbeitslosengeldbezuges tragen der zunehmenden Entfernung vom Arbeitsmarkt Rechnung und erhöhen den Anreiz zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Die Befristung des Zuschlages unter Festsetzung von Höchstbeträgen berücksichtigt außerdem, dass es sich bei der neuen Leistung um ein bedarfsorientiertes System handelt und dementsprechend grundsätzlich nicht der gleiche Lebensstandard wie im Rahmen des Arbeitslosengeldbezuges gewährleistet werden kann. Die in Absatz 1 genannte Zwei-Jahresfrist beginnt unmittelbar nach dem Ende des Arbeitslosengeldbezuges und läuft kalendermäßig ab. Wer also zum Beispiel einen Antrag auf Arbeitslosengeld II erst ein halbes Jahr nach diesem Zeitpunkt stellt, erhält nur noch für ein weiteres halbes Jahr den vollen, ihm zustehenden Zuschlag, der sich danach um 50 vom Hundert vermindert und nach insgesamt 1 ½ Jahren ganz ausläuft.

Zu Absatz 2

Die Empfehlung der Arbeitsgruppe, die Differenz aus der Veränderung des gesamten Nettohaushaltseinkommens vorzunehmen, ist zum einen zu verwaltungsaufwändig. Zum anderen würden dadurch Einkommensveränderungen in die Zuschlagsberechnung eingehen, die sich auf Grund des Wechsels vom Arbeitslosengeld in die neue Leistung nicht oder jedenfalls in der Regel nicht verändern, wie z. B. Kindergeld oder sonstige Einkommen und Einkünfte. Es ist daher sinnvoll und zielführend, den Zuschlag aus zwei Dritteln des Differenzbetrages auf die variablen Transferleistungen zum Zeitpunkt des Endes des Arbeitslosengeldbezuges auf der einen und zum Zeitpunkt des Bezugs von Arbeitslosengeld II auf der anderen Seite zu beschränken. Daher ist die Differenz zwischen dem zuletzt bezogenen Arbeitslosengeld und dem hierbei gegebenenfalls erhaltenen Wohngeld auf der einen Seite und dem im Einzelfall zu zahlenden Arbeitslosengeld II – unter Berücksichtigung von

Einkommen und Vermögen einschließlich etwaiger Freibeträge aus Erwerbstätigkeit nach § 30 – und dem gegebenenfalls an Angehörige der Bedarfsgemeinschaft zu zahlenden Sozialgeld auf der anderen Seite zu bilden.

Zu Absatz 3

Die Höhe des Zuschlages wird wie folgt ermittelt: Der Zuschlag wird nicht gezahlt, wenn das Arbeitslosengeld niedriger ausfällt als der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II (und Sozialgeldes) ohne Zuschlag. Der Zuschlag beträgt zwei Drittel der Differenz zwischen dem zuletzt bezogenen Arbeitslosengeld zuzüglich ggf. geleisteten Wohngeld und dem durch das Wohngeld reduzierten Arbeitslosengeld II und Sozialgeld zuzüglich dem Wohngeld selbst. Falls der so ermittelte Betrag die in Absatz 3 genannten Maximalbeträge überschreitet, ist der Zuschlag auf diese Maximalbeträge beschränkt.

Zu § 25 (Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit)

Die Vorschrift durchbricht das Prinzip der Subsidiarität des steuerfinanzierten Arbeitslosengeldes II gegenüber Leistungen anderer Träger. Das Arbeitslosengeld II wird für die Dauer von sechs Wochen weiter erbracht, auch wenn bereits ein Anspruch auf Krankengeld gegeben wäre. Damit wird bei zeitlich überschaubaren Erkrankungen ein Trägerwechsel vermieden.

Familienversicherte Erwerbsfähige haben keinen Anspruch auf Krankengeld. In diesen Fällen muss das Arbeitslosengeld II auch über die sechs Wochen hinaus weiter gezahlt werden, sofern nicht die Erwerbsfähigkeit wegen langfristiger Erkrankung entfallen ist (§ 8 Abs. 1).

Der Wechsel in den Bezug von Krankengeld hat keinen Einfluss auf die Eingliederungsleistungen für den Erwerbsfähigen und die Ansprüche der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft.

Zu § 26 (Zuschuss zu Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung)

Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreiten Beziehern von Arbeitslosengeld II wird ein Zuschuss zu den Beiträgen geleistet, die sie für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung oder für eine private Alterssicherung zahlen. Der Zuschuss wird in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, höchstens aber in Höhe von 78 Euro monatlich geleistet. Dies entspricht dem monatlichen Beitrag für in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 3 Satz 1 Nr. 3 des Sechsten Buches n. F.). Der Höchstzuschuss wird jährlich wie die Regelleistung angepasst.

Zu § 27 (Verordnungsermächtigung)

Mit der Verordnungsermächtigung soll sichergestellt werden, dass bei Bedarf nähere Regelungen zu den in den Nummern 1 und 2 genannten Aufwendungen und Kosten erlassen werden können.

Zu § 28 (Sozialgeld)**Zu Absatz 1**

Die Regelung stellt klar, dass die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft lebenden, nicht erwerbsfähigen Angehörigen anstelle des Arbeitslosengeldes II das so genannte Sozialgeld erhalten, soweit sie keinen Anspruch auf die Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben oder diese Leistungen nicht zur Sicherung des Lebensunterhalts ausreichen. Das Sozialgeld entspricht – mit Ausnahme des befristeten Zuschlages nach Bezug von Arbeitslosengeld, den das Sozialgeld naturgemäß nicht vorsieht – mit folgenden weiteren Besonderheiten dem Arbeitslosengeld II:

Die Regelleistung für nicht erwerbsfähige Angehörige bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres beträgt entsprechend den Festlegungen der Regelsatzverordnung zum Zwölften Buch für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 60 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung. Weiterhin wird klargestellt, dass – ebenfalls entsprechend den Festlegungen zum Zwölften Buch – die Regelleistung für nicht erwerbsfähige Angehörige im 15. Lebensjahr 80 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 maßgebenden Regelleistung beträgt. Für nicht erwerbsfähige Angehörige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, ergibt sich die jeweilige Höhe der Regelleistung aus § 20.

Die Mehrbedarfe für nicht erwerbsfähige behinderte Angehörige werden auch gezahlt, wenn Eingliederungshilfe nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Zwölften Buches gewährt wird (Hilfen zur angemessenen Schulbildung sowie Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf), weil diejenigen Hilfebedürftigen, die sich in schulischer Ausbildung befinden, kein Arbeitslosengeld II erhalten, aber Anspruch auf Sozialgeld haben können.

Zu § 29 (Einstiegs geld)**Zu Absatz 1**

Der zeitlich befristete Arbeitnehmerzuschuss (Einstiegs geld) wird eingeführt, um für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit einen finanziell attraktiven Anreiz zu schaffen. Es handelt sich um eine Ermessensvorschrift, so dass jeweils einzelfallbezogen zu entscheiden ist, ob diese Art der Förderung als zeitlich begrenzte und gezielte Maßnahme zur Aufnahme von Erwerbstätigkeit geeignet erscheint. Durch die Ausgestaltung als befristete Ermessensregelung wird zum einen das Risiko von Mitnahmeeffekten minimiert. Zum anderen wird verhindert, dass dauerhafte finanzielle Benachteiligungen für diejenigen eintreten, die auf Grund ihres, zumindest auch auf Erwerbseinkommen beruhenden, Haushaltseinkommens nicht mehr bedürftig sind und daher auch kein Einstiegsgeld erhalten, während derjenige, der trotz seines Erwerbseinkommens noch hilfebedürftig ist, durch das Einstiegsgeld ein insgesamt höheres Haushaltseinkommen erzielen kann. Der Arbeitnehmerzuschuss wird ergänzend zu den sich aus § 30 ergebenden Freibeträgen gezahlt.

Zu Absatz 2

Das Einstiegsgeld kann auf den Einzelfall zugeschnitten für höchstens 24 Monate erbracht werden. Hierdurch wird einer

nicht vertretbaren Dauersubvention von Löhnen entgegen gewirkt. Außerdem soll bei der Festlegung der Dauer der Maßnahme auch die Qualifikation des Hilfebedürftigen berücksichtigt sowie dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Hilfebedürftige mit zunehmender Dauer der Erwerbstätigkeit über eine größere Qualifikation verfügt, so dass auch sein Erwerbseinkommen hierdurch schneller steigen kann und das Erfordernis eines zusätzlichen Einstiegsgeldes verringert wird oder ganz entfällt. Bei der Festlegung der Höhe des Einstiegsgeldes sind nach pflichtgemäßem Ermessen auch die vorherige Dauer der Arbeitslosigkeit sowie die Größe der jeweiligen Bedarfsgemeinschaft (Familienkomponente) angemessen zu berücksichtigen. Die Wirkung des Einstiegsgeldes soll evaluiert werden, um mögliche Mitnahmeeffekte festzustellen.

Zu Absatz 3

Die Rechtsverordnungsermächtigung benennt die Rahmenbedingungen, nach denen die Einzelheiten für die Bemessung des Einstiegsgeldes festgelegt werden sollen.

Zu § 30 (Freibeträge bei Erwerbstätigkeit)

Die Vorschrift legt fest, in welcher Höhe Erwerbseinkommen des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen auf das Arbeitslosengeld II angerechnet wird. Das Anrechnungssystem trägt dem Grundsatz Rechnung, dass derjenige, der arbeitet, mehr Geld zur Verfügung haben soll als derjenige, der trotz Erwerbsfähigkeit nicht arbeitet. Es beinhaltet für alle Haushaltstypen lohnende finanzielle Arbeitsanreize bei der Aufnahme von – nicht bedarfsdeckender – Erwerbstätigkeit oder zur Aufrechterhaltung von bereits bestehender – nicht bedarfsdeckender – Erwerbstätigkeit.

Die Art der Berechnung der Freibeträge orientiert sich an der bisherigen Sozialhilfepraxis zur Anrechnung von Einkommen aus Erwerbstätigkeit, wobei die jeweiligen Vorphundertsätze nunmehr in Bezug zu der pauschalierten Regelleistung nach § 20 gesetzt wurden. Von dem um die Absetzbeträge nach § 11 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 bereinigten Einkommen aus Erwerbstätigkeit (bereinigtes Nettoerwerbseinkommen) wird ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 für einen Alleinstehenden maßgebenden Regelleistung zuzüglich 15 vom Hundert des diesen Betrag übersteigenden bereinigten Nettoerwerbseinkommens, jedoch nicht mehr als die normierten Höchstbeträge freigelassen.

Die Höhe der Freibeträge ist im Rahmen des Arbeitslosengeldes II finanziell vorteilhafter als auf Grund der bisherigen Sozialhilfepraxis. Hierdurch soll ein höherer Anreiz zur Arbeitsaufnahme geschaffen werden. Bislang blieben nämlich – unabhängig von der Größe der Bedarfsgemeinschaft – von dem erzielten Nettoerwerbseinkommen jeweils nur maximal 50 vom Hundert des alten sozialhilferechtlichen Eckregelsatzes eines Haushaltsvorstandes/Alleinstehenden für laufende Leistungen frei. Es konnte also – bezogen auf den entsprechenden Regelsatz des Bundessozialhilfegesetzes in der am 1. Juli 2003 geltenden Fassung – vom Nettoerwerbseinkommen immer nur maximal ein Betrag in Höhe von 50 vom Hundert dieses Regelsatzes: 147,50 Euro (alte Länder) bzw. 142,50 Euro (neue Länder) von der Anrechnung auf die Transferleistung frei bleiben. Nunmehr wird der Höchstbetrag, ab dem die Transferentzugsrate 100 vom

Hundert beträgt, d. h. jeder hinzuverdiente Euro voll auf das Arbeitslosengeld II angerechnet wird, in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße angehoben und somit um eine Familienkomponente ergänzt.

Auch für die Gruppe der Alleinstehenden wird im Vergleich zur alten Sozialhilfepraxis bereits ein verbesserter Arbeitsanreiz geschaffen: Der maximale Höchstbetrag für einen allein stehenden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen beträgt nunmehr 45 vom Hundert der Regelleistung für Alleinstehende (bei Bezugnahme auf die alten Sozialhilfe-Regelsätze in der am 1. Juli 2003 geltenden Fassung entspräche dies 55 vom Hundert des damaligen Regelsatzes). Eine Verbesserung der Arbeitsanreize ist auch für Alleinstehende erforderlich, da diese Gruppe bisher die längste Verweildauer in der Sozialhilfe aufweist und den höchsten Anteil (43 vom Hundert) unter allen in der Sozialhilfe vertretenen Haushaltsgrößen ausmacht.

Bei einer Bedarfsgemeinschaft von zwei Personen beträgt der maximale Freibetrag bei Erwerbstätigkeit 50 (nach alter Rechnung 60) vom Hundert der nach § 20 Abs. 2 für einen Alleinstehenden maßgebenden Regelleistung und erhöht sich in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße in 10-vom-Hundert-Schritten pro zusätzlicher Person bis auf maximal 80 (nach alter Rechnung 90) vom Hundert der für einen Alleinstehenden Regelleistung bei einer Bedarfsgemeinschaft mit fünf und mehr Personen. Nach dem neuen Anrechnungssystem liegt der maximale Freibetrag somit für eine Familie mit drei Personen bei einem Betrag von jeweils gerundet 207/199 Euro (alte/neue Länder) und bei einer Familie mit einer Haushaltsgröße von fünf Personen bei einem Betrag von maximal 276/265 Euro. Die Freibeträge stehen jedem in der Bedarfsgemeinschaft Erwerbstätigen gesondert zu.

Das der Vorschrift zugrunde liegende Anreizsystem erhöht die finanziellen Anreize zur Aufnahme bzw. Aufrechterhaltung einer Erwerbstätigkeit, hält jedoch die Ausweitung des berechtigten Personenkreises in einem vertretbaren Rahmen von bis zu ca. 100 000 Haushalten (Bericht der Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen vom 17. April 2003 Punkt 3.3, Seite 23). Dem stehen Einsparungen gegenüber, die dadurch erwartet werden, dass auf Grund der erhöhten Arbeitsanreize künftig in mehr Haushalten als bislang Erwerbstätigkeit aufgenommen wird. Die Mehrausgaben des Modells wurden im Bericht der Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ auf rd. 30 Mio. Euro beziffert (Punkt 3.3, Seite 23).

Demgegenüber würden großzügigere Freibeträge zu einer weitaus höheren, nicht mehr vertretbaren Ausweitung des berechtigten Personenkreises führen, weil jeder höhere Freibetrag das anzurechnende Erwerbseinkommen mindert und somit auch immer mehr Personen einen Anspruch auf – zumindest aufstockendes – Arbeitslosengeld II erhalten würden, bei denen anderenfalls gar keine Hilfebedürftigkeit mehr vorliegen würde. So hat die Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen auch geprüft, welche Auswirkungen hinsichtlich der Erweiterung des berechtigten Personenkreises ein Anrechnungsmodell hätte, wonach grundsätzlich ein Freibetrag in Höhe von 20 vom Hundert des Nettoerwerbseinkommens gewährt wird. Die Einkommensanrechnungs-

regelung dieses Modells hätte dazu geführt, dass rd. 200 000 Haushalte zusätzlich Ansprüche im System der neuen Leistung hätten geltend machen können. Dies aber wäre – auch mit Blick auf die damit verbundene Dauersubvention von zumindest mittleren Löhnen – nicht vertretbar gewesen.

Zu § 31 (Absenkung und Wegfall des Arbeitslosengeldes II)

Dem Grundsatz des Förderns und Forderns entsprechend soll der erwerbsfähige Hilfebedürftige verpflichtet werden, konkrete Schritte zur Behebung seiner Hilfebedürftigkeit zu unternehmen. Diese Regelung konkretisiert den in § 2 verankerten Grundsatz des Forderns, demzufolge der erwerbsfähige Hilfebedürftige alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung seiner Hilfebedürftigkeit und der Hilfebedürftigkeit der mit ihm in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen durch Einsatz seiner Arbeitskraft auszuschöpfen hat.

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Nach Satz 1 wird das Arbeitslosengeld II in einer ersten Stufe um 30 vom Hundert der für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach § 20 maßgebenden Regelleistung abgesenkt und der Zuschlag nach § 24 nicht gezahlt, wenn die in den Nummern 1 und 2 genannten Pflichtverletzungen vorliegen und der erwerbsfähige Hilfebedürftige nicht nachweist, dass es für diese Pflichtverletzungen einen wichtigen Grund gab. Es tritt hiermit eine Beweislastumkehr ein. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige muss die einen wichtigen Grund begründenden Tatsachen nachweisen, die sich aus seiner Sphäre oder seinem Verantwortungsbereich ergeben. Der Hilfebedürftige ist vorher über die Rechtsfolgen zu belehren. Bei den in Satz 1 Nr. 1c genannten Arbeitsgelegenheiten handelt es sich um Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen im Sinne des Dritten Buches.

Zu Satz 2

Das Arbeitslosengeld II wird auch in den in Satz 2 genannten Fällen in einer ersten Stufe abgesenkt und der Zuschlag nach § 24 wird nicht gezahlt, wenn der erwerbsfähige Hilfebedürftige trotz vorher erfolgter schriftlicher Belehrung über die Rechtsfolgen für die in Satz 2 genannte Pflichtverletzung keinen wichtigen Grund nachweist. Da die in Satz 2 genannten Pflichtverletzungen aber weniger schwer wiegen als die Pflichtverletzungen nach Satz 1, erfolgt hier eine Absenkung des Arbeitslosengeldes II in einem ersten Schritt nur um 10 vom Hundert der für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen maßgebenden Regelleistung.

Zu Absatz 2

Satz 1 regelt die Absenkung des Arbeitslosengeldes II für den Fall wiederholter Pflichtverletzungen. Hierbei wird klargestellt, dass bei jeder erneuten Pflichtverletzung das Arbeitslosengeld II um den Vomhundertsatz gemindert wird, um den es in der ersten Stufe gemindert wurde, also z. B. um weitere 30 vom Hundert oder um weitere 10 vom Hundert. Bei kumulativer Verletzung von Pflichten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 kann in der ersten Stufe die Minderung auch

30 vom Hundert plus 10 vom Hundert, also insgesamt 40 vom Hundert der für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen maßgebenden Regelleistung betragen.

Satz 2 stellt klar, dass im Fall wiederholter Pflichtverletzung auch weitere Bestandteile des Arbeitslosengeldes II abgesenkt werden können. Auch in diesem Fall bleibt aber der Zugang des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu sonstigen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit, also auch zu Beratungs- und Betreuungsdienstleistungen, erhalten.

Wird die Regelleistung um mehr als 30 vom Hundert gemindert, stellt Satz 3 klar, dass ein Ermessensanspruch gegenüber der Agentur für Arbeit auf ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen, insbesondere in Form von Lebensmittelgutscheinen, entsteht. Diese Leistungen beziehen sich dem Volumen nach nur auf die Leistungshöhe des Arbeitslosengeldes II, die weniger als 30 vom Hundert der maßgebenden Regelleistung umfasst. Für den Fall, dass der erwerbsfähige Hilfebedürftige mit minderjährigen Kindern in Bedarfsgemeinschaft lebt, soll die Agentur für Arbeit in den Grenzen des Satzes 4 ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen erbringen, um zu verhindern, dass minderjährige Kinder dadurch übermäßig belastet werden, dass das Arbeitslosengeld II ihrer Eltern oder Elternteile wegen Pflichtverletzungen abgesenkt wurde. Nach Satz 5 ist der erwerbsfähige Hilfebedürftige vorher über die sich ergebenden Rechtsfolgen zu belehren. Dem Hilfebedürftigen soll hierbei in verständlicher Form erläutert werden, welche unmittelbaren und konkreten Auswirkungen auf seinen Leistungsanspruch die in Absatz 1 genannten Pflichtverletzungen haben werden. Die Belehrung soll zeitlich vor der Pflichtverletzung liegen.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt klar, dass auch bei den dort genannten Pflichtverletzungen die Rechtsfolgen der Absätze 1 und 2 (mit Ausnahme der in Absatz 1 Satz 2 genannten Minderung um 10 vom Hundert der Regelleistung) eintreten können. Auch hierüber ist der erwerbsfähige Hilfebedürftige vorher entsprechend zu belehren. Bei einer Pflichtverletzung nach Nummer 1 muss der Hilfesuchende sein Einkommen oder Vermögen vermindert haben. Hierbei kommt nur eine direkte Handlung, keine indirekte Minderung, etwa durch Unterlassung beruflicher Umschulungsmaßnahmen, in Betracht. Der Hilfesuchende muss durch sein Verhalten die Absicht verfolgt haben, die Voraussetzungen für die Gewährung oder Erhöhung der Hilfe herbeizuführen. Direkter Vorsatz ist insoweit erforderlich. Unwirtschaftliches Verhalten im Sinne der unter Nummer 2 genannten Pflichtverletzung liegt dann vor, wenn ein hilfebedürftiger Erwerbsfähiger unter Berücksichtigung der ihm durch die Allgemeinheit gewährten Hilfe bei allen oder einzelnen seiner Handlungen jede wirtschaftlich vernünftige Betrachtungsweise vernissen lässt und hierbei ein Verhalten zeigt, das vom Durchschnitt wesentlich abweicht. Eine Pflichtverletzung nach Nummer 3 Buchstabe a setzt voraus, dass die Agentur für Arbeit als für die Arbeitslosenversicherung zuständiger Träger eine entsprechende Feststellung getroffen hat. Die Agentur für Arbeit als für das Arbeitslosengeld II zuständiger Träger ist insoweit an diese Feststellung gebunden. Dies ist anders im Falle einer Pflichtverletzung nach Nummer 3 Buchstabe b. Denn hier hat die Agentur für Arbeit als für

das Arbeitslosengeld II zuständige Trägerin selbst zu entscheiden, ob die in Nummer 3 Buchstabe b genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Sonderregelung für junge erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 bis unter 25 Jahren. Es ist dringend erforderlich, bei jungen Menschen von vornherein der Langzeitarbeitslosigkeit entgegenzuwirken. Deshalb sind auf der einen Seite erwerbsfähige Hilfebedürftige unter 25 Jahren in Beschäftigung, Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln (§ 3 Abs. 2). Im Übrigen hat die Bundesregierung hierzu mit dem am 28. Mai 2003 vom Bundeskabinett verabschiedeten Sonderprogramm des Bundes zum Einstieg arbeitsloser Jugendlicher in Beschäftigung und Qualifizierung (Jump-Plus), das 100 000 Jugendliche erreichen soll, bereits im Vorfeld der Reform erste notwendige Maßnahmen ergriffen. Der staatlichen Verpflichtung zur Beschäftigung jugendlicher Menschen auf der einen Seite stehen die schärferen Sanktionsregelungen des Absatzes 4 auf der anderen Seite gegenüber: Junge erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten bei Pflichtverletzungen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 mit Ausnahme der Kosten für Unterkunft und Heizung kein Arbeitslosengeld II. Zugleich wird klargestellt, dass die Agentur für Arbeit die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung direkt an den Vermieter zahlen soll. Auch in diesem Fall bleibt aber der Zugang des erwerbsfähigen jugendlichen Hilfebedürftigen zu sonstigen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit, also auch zu Beratungs- und Betreuungsdienstleistungen, erhalten.

Liegt lediglich eine Pflichtverletzung nach Absatz 1 Satz 2 vor, wird auch bei jungen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen das Arbeitslosengeld II, wie dort geregelt, neben der Streichung des Zuschlages um 10 vom Hundert der maßgebenden Regelleistung abgesenkt. Im Übrigen bedeutet die Verweisung auf die in Absatz 3 genannten Voraussetzungen, dass im Falle einer Pflichtverletzung nach Absatz 3 Nr. 1 das Arbeitslosengeld II nur für diejenigen Jugendlichen gestrichen wird, die zum Zeitpunkt der Pflichtverletzung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Weiterhin gelten über den Verweis auf Absatz 3 Satz 3 bis 5 auch für Jugendliche die besonderen Regelungen zu ergänzenden Sachleistungen oder geldwerten Leistungen sowie die Verpflichtung für den zuständigen Träger, den Jugendlichen vorher über die Rechtsfolgen der Pflichtverletzung entsprechend zu belehren.

Zu Absatz 5

Absatz 5 bestimmt die Dauer der in den Absätzen 1 bis 4 geregelten Rechtsfolgen bei Pflichtverletzungen. Da die Absenkung oder der Wegfall des Arbeitslosengeldes II Sanktionscharakter hat, ist die Dauer der Rechtsfolge, unabhängig davon, ob die Pflichtverletzung zwischenzeitlich beendet wurde, auf jeweils drei Monate festgelegt. Der Hilfebedürftige ist hierüber vorher entsprechend zu belehren, so dass er hinreichend in die Lage versetzt ist zu erkennen, zu welchen konkreten Folgen eine Pflichtverletzung führt. Bei einer zwischenzeitlich erneut begangenen Pflichtverletzung beginnt ein neuer dreimonatiger Zeitraum, der sich, je nach dem Zeitpunkt der Pflichtverletzung, an die ersten drei Mo-

naten anschließen oder sich teilweise mit ihnen überschneiden kann. Weiterhin wird klargestellt, dass in den Fällen der Leistungsabsenkung oder Streichung kein Anspruch auf ergänzende Leistungen nach dem Zwölften Buch besteht.

Zu § 32 (Absenkung und Wegfall des Sozialgeldes)

Die Vorschrift enthält die Regelungen zur Absenkung und zum Wegfall des Sozialgeldes. Hiernach kann für nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft leben, die Leistung entsprechend den Regelungen nach § 31 Abs. 1, 2 und 5 abgesenkt werden oder ganz entfallen, wenn bei diesen Personen Pflichtverletzungen nach § 31 Abs. 1 Satz 2 oder Abs. 3 Nr. 1 und 2 vorliegen. Die Regelungen zur Beweislasterückkehr geltend entsprechend auch hier.

Eine Pflichtverletzung nach § 31 Abs. 1 Satz 2 kann sich für einen nicht erwerbsfähigen Hilfebedürftigen z. B. dann ergeben, wenn der Hilfebedürftige zur Wahrnehmung eines ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermins aufgefordert wird, weil in seiner Person ein Vermittlungshemmnis für den erwerbsfähigen Partner liegt (z. B. wegen Alkoholabhängigkeit, die dazu führt, dass ein zum Haushalt gehörendes Kind nur von dem erwerbsfähigen Partner betreut werden kann), dieser Termin aber – ohne wichtigen Grund – nicht wahrgenommen wird.

Zu § 33 (Übergang von Ansprüchen)

Zeitlich kongruente Ansprüche eines Beziehers von Leistungen zum Lebensunterhalt gegen einen Dritten, der nicht Sozialleistungsträger im Sinne des § 12 Erstes Buch ist, gehen mit der Überleitungsanzeige auf die Agentur für Arbeit über. Der Höhe nach ist der Anspruchsübergang auf die Höhe der erbrachten Leistungen begrenzt. Der Anspruch darf nur übergeleitet werden, soweit die Leistungen bei rechtzeitiger Erfüllung des Anspruchs nicht erbracht worden wären. Dem Anspruchsübergang steht nicht entgegen, dass der Anspruch nicht übertragbar, verpfändbar oder pfändbar ist.

Zivilrechtliche Unterhaltsansprüche eines Beziehers von Leistungen zum Lebensunterhalt gehen bis zur Höhe der erbrachten Leistungen auf die Agentur für Arbeit über. Zugleich geht der unterhaltsrechtliche Auskunftsanspruch gegen den Verpflichteten über. Der Unterhaltsanspruch geht nicht über, soweit er durch laufende Zahlung erfüllt wird. Er geht ebenfalls nicht über, wenn der Unterhaltsberechtigte mit dem Verpflichteten in einer Bedarfsgemeinschaft lebt oder mit ihm im zweiten oder entfernteren Grade verwandt ist. Das Gleiche gilt für eine Unterhaltsberechtigte, die schwanger ist oder ihr leibliches Kind bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres betreut. Der Anspruchsübergang ist auch ausgeschlossen, wenn er für den Unterhaltspflichtigen eine unbillige Härte bedeuten würde oder wenn er durch den Anspruchsübergang seinerseits bedürftig im Sinne der Regelungen zum Arbeitslosengeld II oder zum Sozialgeld würde.

Zu § 34 (Ersatzansprüche)

Die Vorschrift lehnt sich an das Sozialhilferecht an. Zum Ersatz der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

ist verpflichtet, wer als Volljähriger vorsätzlich oder grob fahrlässig und ohne wichtigen Grund seine Hilfebedürftigkeit oder diejenige der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft verursacht hat. Ein Rückgriff unterbleibt, soweit der Verpflichtete in Zukunft abhängig von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts oder Hilfe zum Lebensunterhalt werden würde.

Die Ersatzpflicht trifft auch den Erben, sie ist auf den Wert des Nachlasses bei Eintritt des Erbfalles begrenzt.

Der Ersatzanspruch erlischt drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß. Ein Leistungsbescheid der Agentur für Arbeit hat die gleichen Wirkungen wie eine Klageerhebung.

Zu § 35 (Erbenhaftung)

Die Vorschrift lehnt sich an das Sozialhilferecht an. Der Erbe eines Empfängers von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts haftet für die in den letzten zehn Jahren vor dem Erbfall erbrachten Leistungen. Die Ersatzpflicht beschränkt sich auf den Wert des Nachlasses bei Eintritt des Erbfalles.

Der Erbe haftet nicht für Leistungen, die 1 700 Euro nicht übersteigen (Bagatellgrenze). Er hat einen Freibetrag von insgesamt 15 500 Euro, wenn er Ehegatte des Verstorbenen oder mit diesem verwandt war und nicht nur vorübergehend bis zu seinem Tode mit ihm in häuslicher Gemeinschaft gelebt und ihn gepflegt hat. Der Ersatzanspruch ist auch nicht geltend zu machen, soweit dies nach der Besonderheit des Einzelfalles eine besondere Härte bedeuten würde. Der Begriff der besonderen Härte ist eng auszulegen.

Absatz 3 regelt, dass der Ersatzanspruch drei Jahre nach dem Tode des Leistungsempfängers erlischt. § 34 Abs. 3 Satz 2 gilt sinngemäß.

Zu § 36 (Örtliche Zuständigkeit)

Zuständig für das Erbringen von Leistungen nach diesem Buch ist die Agentur für Arbeit, in deren Bezirk der erwerbsfähige Hilfebedürftige seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Anders als im Dritten Buch ist ein Zuständigkeitswechsel ohne Änderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts nicht möglich.

Zu § 37 (Antragserfordernis)

Der Antrag auf Leistungen hat konstitutive Wirkung, so dass Leistungen erst ab Antragstellung zustehen. Auf die Kenntnis der Agentur für Arbeit von der Hilfebedürftigkeit kommt es anders als im Sozialhilferecht nicht an.

Ist der erwerbslose Hilfebedürftige mangels Dienstbereitschaft der Agentur für Arbeit nicht in der Lage, seinen Antrag zu stellen, wirkt der am nächsten Tag der Dienstbereitschaft gestellte Antrag auf den Tag zurück, an dem der Antrag eigentlich gestellt werden sollte. Die schlüssige Erklärung, an einem bestimmten Tag den Antrag gestellt haben zu wollen, ist in der Regel ausreichend.

Zu § 38 (Vertretung der Bedarfsgemeinschaft)

Aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität und Verwaltungswirtschaftlichkeit enthält Satz 1 die gesetzliche Vermutung der Bevollmächtigung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen für die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft. Hiermit soll im Regelfall verhindert werden, dass der Agentur für Arbeit eine Vielzahl von Ansprechpartnern einer Bedarfsgemeinschaft gegenübersteht und überflüssiger Verwaltungsaufwand anfällt. Satz 2 regelt das Konkurrenzverhältnis mehrerer erwerbsfähiger Hilfebedürftiger in einer Bedarfsgemeinschaft und bestimmt den Erwerbsfähigen zum Vertreter der anderen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft, der die Leistungen zuerst beantragt.

Die gesetzliche Vermutung gilt nicht, soweit die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft gegenüber der Agentur für Arbeit erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen.

Zu § 39 (Anfechtung von Entscheidungen)

Widerspruch und Klage gegen eine Entscheidung der Agentur für Arbeit über Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und Leistungen zur Eingliederung in Arbeit haben keine aufschiebende Wirkung. Das Gleiche gilt für einen Verwaltungsakt, der den Anspruchsübergang bewirkt.

Zu § 40 (Anwendung von Verfahrensvorschriften des Dritten Buches)

Die Vorschrift erklärt in Absatz 1 wesentliche Sonderregelungen des Dritten Buches zum Verfahren für entsprechend anwendbar.

Nach der Vorschrift des Absatzes 2 unterliegen 56 vom Hundert der berücksichtigten Unterkunftskosten (ohne Kosten der Heizungs- und Warmwasserversorgung) nicht der Rückforderung. Mit der Regelung soll bewirkt werden, dass sich der Ausschluss der Empfänger des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach diesem Buch vom Wohngeld nach § 1 Abs. 2 WoGG – neu – rechtlich und tatsächlich nicht auf die Betroffenen auswirkt. Das Wohngeld unterliegt grundsätzlich nicht der Rückforderung. Die Betroffenen werden durch den teilweisen Ausschluss der Rückforderung der Transferleistung so gestellt, wie sie stünden, wenn sie Wohngeld erhalten hätten. Der Satz von 56 vom Hundert orientiert sich am tatsächlichen Subventionssatz des besonderen Mietzuschusses auf der Basis der empirischen Werte der Wohngeldstatistik 2001. Der durchschnittliche Subventionssatz ergibt sich durch Teilung des durchschnittlichen Wohngeldanspruchs durch die durchschnittliche berücksichtigungsfähige Miete.

Zu § 41 (Berechnung der Leistungen)

Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts werden für jeden Kalendertag der Hilfebedürftigkeit erbracht. Ganze Monate werden aus Gründen der Verwaltungswirtschaftlichkeit und der Rechtssicherheit für die Bezieher von Leistungen und ggf. deren Gläubiger mit 30 Tagen gerechnet, um monatlich gleich bleibende Leistungen sicherzustellen. Sind Leistungen nur für Teilmonate zu erbringen, wird die Zahl der Anspruchstage mit einem Dreißigstel der vollen monatlichen Leistung multipliziert. Der sechsmonatige Bewilligungsabschnitt soll eine regelmäßige Überprüfung der Hilfebedürftigkeit in überschaubaren zeitlichen Abständen

sicherstellen. Die Zahlung monatlich im Voraus entspricht der Zahlungsweise bei der Sozialhilfe.

Zu § 42 (Auszahlung der Leistungen)

Die Leistungen sind grundsätzlich kostenfrei auf das vom Berechtigten angegebene inländische Konto bei einem Geldinstitut zu überweisen. So können die Leistungen in einem automatisierten Verfahren effizient erbracht werden und Kosten für besondere Zahlungsweisen vermieden werden.

Die Kosten für eine Übermittlung der Leistungen an den Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt des Berechtigten sind von den Leistungen abzuziehen, sofern der Berechtigte nicht nachweist, dass er ohne eigenes Verschulden ein Konto bei einem inländischen Geldinstitut nicht einrichten kann.

Zu § 43 (Aufrechnung)

Die Vorschrift regelt in Anlehnung an § 25a Bundessozialhilfegesetz die gegenüber § 51 des Ersten Buches verschärfte Aufrechnung. Die Agentur für Arbeit kann mit Ansprüchen auf Erstattung oder Schadensersatz wegen unrechtmäßiger Leistungen gegen Leistungsansprüche des Beziehers von Leistungen zum Lebensunterhalt bis auf das Unerlässliche aufrechnen, wenn dieser die durch vorsätzliche oder grob fahrlässige unrichtige oder unvollständige Angaben veranlasst hat. Die Aufrechnung ist nur innerhalb von zwei Jahren seit Entstehung des Schadensersatz- oder Erstattungsanspruchs möglich.

Zu § 44 (Veränderung von Ansprüchen)

Die Vorschrift stellt einen Gleichklang mit dem bei Versicherungsleistungen anwendbaren § 76 Abs. 1 Nr. 3 des Vierten Buches her.

Zu § 45 (Einigungsstelle zur Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit)

In den Fällen des § 8 Abs. 2 Satz 2 entscheidet die Einigungsstelle abschließend über das Vorliegen der Erwerbsfähigkeit. Die Einigungsstelle soll möglichst einvernehmlich entscheiden. Sie ist mit jeweils einem Vertreter der Agentur für Arbeit und des möglicherweise zuständigen anderen Sozialleistungsträgers besetzt. Den Vorsitz führt ein einvernehmlich zu bestimmender Dritter. Einigen sich die Träger nicht auf einen Vorsitzenden, führen ein Mitglied der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit und der Leiter des anderen Trägers abwechselnd jeweils für sechs Monate den Vorsitz.

Die Einigungsstelle kann Sachverständige hinzuziehen, die Entscheidungen wie in einem Gerichtsverfahren erhalten. Kostenträger ist der Bund. Die Einigungsstelle entscheidet mehrheitlich, wenn Einvernehmen nicht hergestellt werden konnte.

Zu § 46 (Finanzierung aus Bundesmitteln)

Der Bund trägt die Aufwendungen für die Erbringung der Leistungen nach diesem Buch.

Um einen Anreiz für die Bundesagentur zu schaffen, dass Arbeitslose noch während des Bezugs von Arbeitslosengeld

dauerhaft beruflich eingegliedert werden, wird festgelegt, dass die Bundesagentur für jeden Hilfebedürftigen, der nach Auslaufen des Arbeitslosengelds in das Arbeitslosengeld II übergeht, einen bestimmten Betrag zahlen muss. Für die Höhe dieses Betrags wurden die durchschnittlichen Aufwendungen für die Nettoleistung und die Sozialversicherungsbeiträge eines Hilfebedürftigen und seiner Bedarfsgemeinschaft in einem Jahr gewählt. Für das Jahr 2004 wird dieser Betrag auf etwa 8 200 Euro geschätzt.

Bei den derzeit erwarteten Übertritten in Arbeitslosengeld II ergibt sich, dass die Bundesagentur im zweiten Halbjahr 2004 einen Aussteuerungsbetrag von rd. 3,1 Mrd. Euro und im Jahr 2005 von rd. 5,8 Mrd. Euro zu zahlen hat; in den Folgejahren wird ein weiteres Absinken dieses Betrags erwartet. Die Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen hat die Einsparungen im Haushalt der Bundesagentur, die durch den Wegfall der Arbeitslosenhilfe entstehen, für das Jahr 2004 auf 3,1 Mrd. Euro und für die Folgejahre auf 6,2 Mrd. Euro geschätzt. Der Aussteuerungsbetrag, den die Bundesagentur voraussichtlich zu zahlen hat, ist also ab dem Jahr 2005 etwas niedriger als die Minderausgaben, die die Bundesagentur durch die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende hat. Die Einführung des Aussteuerungsbetrags hat somit den weiteren Effekt, dass die finanziellen Mittel, die bisher aus dem Haushalt der Bundesanstalt für Arbeit für Arbeitslosenhilfebezieher verwendet wurden, zum größten Teil für die Grundsicherung für Arbeitsuchende zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 47 (Aufsicht)

Die Vorschrift regelt die entsprechende Form der staatlichen Aufsicht. Die Bundesagentur unterliegt der Fachaufsicht des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, soweit sie Aufgaben nach diesem Buch durchführt.

Zu § 48 (Vereinbarungen)

Mit dieser Vorschrift wird die rechtliche Steuerung der Bundesagentur ergänzt durch zweiseitige Vereinbarungen. Das Verwaltungshandeln soll stärker darauf ausgerichtet werden, Ziele zu erreichen anstatt ausschließlich Regeln anzuwenden. Die Vereinbarungen können unterschiedliche Laufzeiten haben, sie müssen nicht nur ein Haushaltsjahr betreffen. Als Ziele kommen beispielsweise in Betracht die Begrenzung der durchschnittlichen Dauer der Hilfebedürftigkeit, eine Aktivierungsquote oder bestimmte Schwerpunkte bei der Eingliederung in Arbeit. Soweit nach den Regelungen Zustimmungen oder Genehmigungen der Bundesregierung erforderlich sind, können diese durch vertragliche Vereinbarungen ersetzt werden. Das gilt auch für fachaufsichtsrechtliche Weisungen. Die Ziele werden aus den Regelungen zu Inhalt und Aufgabe der Förderung abgeleitet.

Zu § 49 (Innenrevision)

Die Vorschrift orientiert sich an § 398 des Dritten Buches. Die Berichte der Innenrevision werden dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit zur Durchführung der Fachaufsicht vorgelegt.

Zu § 50 (Datenübermittlung an Dritte)

Die Vorschrift bestimmt für das Zweite Buch, zu welchem Zweck die Bundesagentur als Träger der Leistung nach diesem Gesetz und von ihr nach § 6 Satz 2 beauftragte Dritte Sozialdaten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Beauftragte Dritte können insbesondere Kirchen, Verbände der freien Wohlfahrtspflege und Träger von Beschäftigungsmaßnahmen sein. Die Bundesagentur hat dabei sicherzustellen, dass die beauftragten Dritten nur Zugriff auf die im jeweiligen Einzelfall erforderlichen Sozialdaten erhalten. Die Vorschrift gilt in Ergänzung zu den allgemeinen Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten, insbesondere § 35 des Ersten Buches, die §§ 67 ff. und 78 des Zehnten Buches.

Der § 395 des Dritten Buches gilt entsprechend auch für nach Absatz 1 von der Bundesagentur beauftragte Dritte.

Zu § 51 (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch nichtöffentliche Stellen)

§ 80 Abs. 5 des Zehnten Buches setzt der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung im Auftrag durch nichtöffentliche Stellen enge Grenzen. Mit der Vorschrift wird sichergestellt, dass sich die Bundesagentur für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Sozialdaten – unter Geltung der sonstigen Inhalte des § 80 des Zehnten Buches – eines nichtöffentlichen Dritten bedienen darf. Dies können insbesondere von der Bundesagentur mit der Ersterfassung von Kundendaten und Erteilung von Auskünften beauftragte Call-Center sein, die wiederum befugt sind, die erhobenen Daten auch auf dem Weg eines automatisierten Abrufverfahrens an die Bundesagentur zu übermitteln. Die Bundesagentur hat dabei sicherzustellen, dass die beauftragten, nicht-öffentlichen Dritten nur Zugriff auf die im jeweiligen Einzelfall erforderlichen Sozialdaten erhalten.

Zu § 52 (Automatisierter Datenabgleich)

Mit dieser Vorschrift soll die missbräuchliche Inanspruchnahme von Arbeitslosengeld II vermieden werden. Dazu wird die Bundesagentur befugt, Daten über die wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse der Empfänger von Arbeitslosengeld II durch Auskunftersuchen gegenüber bestimmten anderen Leistungsträgern und bestimmten anderen Stellen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Die Bundesagentur ist ermächtigt, bei den Berufsgenossenschaften, den Sozialversicherungsanstalten, der Bundesknappschaft, dem Bundesamt für Finanzen, der Bundesagentur für Finanzdienstleistungsaufsicht und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe, ggf. auch im Wege des automatisierten Datenabgleichs, Leistungsbezüge und -zeiträume, Versicherungszeiten und Zeiten geringfügiger Beschäftigung abzufragen, den Datenabgleich nach § 45d Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes durchzuführen und Auskünfte über staatlich geförderte, zusätzliche Altersvorsorge im Sinne des § 10a oder des XI. Abschnitts des Einkommensteuergesetzes einzuholen und auf diese Weise den Missbrauch von Sozialleistungen aufzudecken.

Der Datenabgleich hat den Zweck, dass beim Arbeitslosengeld II zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen zu überprüfen. Die Einbeziehung des automatisierten Datenabgleichs ermöglicht, den Datenabgleich zwischen der Bun-

desagentur und den genannten Stellen sicher und mit dem geringstmöglichen Verwaltungsaufwand durchzuführen.

Die Bundesagentur darf zur Durchführung des automatisierten Datenabgleichs die dafür erforderlichen Daten an die zuständigen Stellen übermitteln. Die durch den automatisierten Datenabgleich überlassenen Daten sind nach Durchführung des Abgleichs unverzüglich zu löschen.

Zu § 53 (Statistik)

Die Bundesagentur erstellt aus den im Verwaltungsvollzug anfallenden Daten Statistiken über die Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Damit wird die Anordnung einer Bundesstatistik für den betroffenen Personenkreis entbehrlich. Von besonderem Interesse sind dabei Leistungen zur Eingliederung in Beschäftigung. Die Statistiken liefern Informationen für interne Steuerungszwecke der Bundesagentur. Sie sind erforderlich für die Ausübung der Fachaufsicht durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. Nicht zuletzt dienen sie der Information der Öffentlichkeit und dem spezifischen Informationsbedarf der Bundesregierung.

Zur Umsetzung dieser unterschiedlichen Anforderungen kann das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit Einzelheiten – etwa zu erfassende Merkmale, Art, zeitliche Periodizität und Umfang der Statistiken und der Berichterstattung – durch Weisung bestimmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine enge Verzahnung der statistischen Informationen über die Leistungen nach diesem Buch mit der Sozialhilfe- und Grundsicherungsstatistik sichergestellt wird. Hierzu wird es regelmäßige Konsultationen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geben. Eine Trennung der statistischen Informationen von den persönlichen Daten erfolgt.

Die Vorschrift stellt darüber hinaus sicher, dass die Bundesagentur ihre Pflicht zur Erstellung von Statistiken nach diesem und dem Dritten Buch koordiniert. Mit Blick auf die wesentliche Zielsetzung der neuen Leistung Arbeitslosengeld II, die Eingliederung in ungeforderte Beschäftigung zu fördern, ist es zweckmäßig die Aufgabe der Statistikerstellung in den gewachsenen und bewährten Strukturen bei der Bundesagentur durchzuführen. Dabei kann diese auf ihre großen Erfahrungen bei der Datenerfassung, -verarbeitung und -auswertung von umfangreichen Dateien zurückgreifen. Der fortgeschrittene Aufbau eines Data-Warehouse ermöglicht die Nutzung und Erweiterung einer zeitgemäßen Infrastruktur.

Die bei der Durchführung der Förderung nach diesem Buch anfallenden Sozialdaten können an das Statistische Bundesamt und die statistischen Ämter der Länder übermittelt werden, soweit dies für Zwecke eines Zensus erforderlich ist. Anonymisierte Einzeldaten darf die Bundesagentur an das Statistische Bundesamt und die statistischen Ämter der Länder übermitteln, damit die Informationen in die Erstellung der Erwerbstätigenstatistiken einfließen können.

Zu § 54 (Eingliederungsbilanz)

Für die zeitnahe Steuerung der aktiven Leistungen hat sich die Eingliederungsbilanz nach § 11 des Dritten Buches bewährt. Mittlerweile gibt es neben der Verbleibsquote, die nach einem Zeitraum von 6 Monaten ausweist, welcher Teil

der Teilnehmer an einer Maßnahme sich nicht wieder arbeitslos gemeldet hat, auch die Eingliederungsquote. Hier wird ausgewiesen, welcher Teil der Teilnehmer den Übergang in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung geschafft hat. Im Übrigen ist der Eingliederungsbilanz eine Vielzahl von Informationen zu den Maßnahmen und Kosten der aktiven Leistungen zu entnehmen. Da alle Agenturen für Arbeit eine Eingliederungsbilanz vorzulegen haben, wird auch der Vergleich der aktiven Leistungen von Agenturen für Arbeit ermöglicht, deren Arbeitsmarktsituation nach bestimmten Kriterien als weitgehend übereinstimmend beschrieben werden kann. Da die Eingliederungsleistungen nach diesem Buch zu einem erheblichen Teil in ihren Grundstrukturen denen der aktiven Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch entsprechen und ebenfalls von den Agenturen für Arbeit erbracht werden, ist es zweckmäßig, auch diese in die Eingliederungsbilanz einzubeziehen. Zum einen geht es um die Integration in den regionalen Arbeitsmarkt, zum anderen sind Informationen für einen wirkungsvollen und kostengünstigen Einsatz der Mittel für die Steuerung der Leistungserbringung unverzichtbar.

Soweit bestimmte Maßnahmen nicht auf die sofortige Integration in Arbeit abzielen, sondern zunächst helfen sollen, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen wiederherzustellen, sind hierzu von der Bundesagentur geeignete Indikatoren zu entwickeln. Insbesondere die in § 16 Abs. 2 aufgeführten Leistungen lassen sich über eine Eingliederungsbilanz nicht direkt beurteilen. Hierzu bedarf es insbesondere qualitativer Indikatoren, die Erfolge bei der Eingliederung nicht ausschließlich über das Kriterium des Übergangs vom Leistungsbezug in Arbeit sondern auch in einer Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Leistungsbezieher abbilden lassen.

Zu § 55 (Wirkungsforschung)

Die Vorschrift legt fest, dass alle aktiven Leistungen zur Eingliederung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben wissenschaftlich evaluiert werden. Erkenntnisse aus der Statistik werden hierdurch ergänzt und bilden die wesentliche Grundlage für die Kontrolle und Steuerung. Um ein rechtzeitiges Gegensteuern bei nicht erwünschten Ergebnissen zu ermöglichen, sind die Untersuchungen regelmäßig und zeitnah durchzuführen. Zwischenergebnisse sollten jeweils nach Abschluss eines Kalendervierteljahres erhoben werden.

Einzelheiten der Durchführung der Evaluation, insbesondere Fragen der Ausschreibung, des finanziellen und des zeitlichen Rahmens sind in den zwischen dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und der Bundesagentur zu schließenden Zielvereinbarungen festzulegen. Wenn es zweckmäßig ist – insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Arbeitsmarktforschung ständige Aufgabe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur ist –, soll die Evaluation bestimmter Maßnahmen durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung erfolgen.

Zu § 56 (Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit)

Die Vorschrift entspricht § 311 des Dritten Buches. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige hat der Agentur für Arbeit eine

Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen und der Agentur für Arbeit spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Agentur für Arbeit kann im Einzelfall auch eine frühere Vorlage der Bescheinigung verlangen. So werden Missbrauchsmöglichkeiten im Zusammenhang mit dem Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, wie der Besuch mehrerer Ärzte zum Erlangen einer solchen Bescheinigung, eingeschränkt. Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist eine Folgebescheinigung erforderlich. Satz 3 stellt die notwendigen Informationen für die Krankenkasse sicher.

Zu § 57 (Arbeitsbescheinigung)

Die Vorschrift berücksichtigt, dass bei Beendigung einer Beschäftigung üblicherweise eine Arbeitsbescheinigung nach § 312 des Dritten Buches ausgestellt wird. Diese enthält auch die für die Leistungen nach diesem Buch erforderlichen Angaben. Dem Arbeitgeber kann nicht zugemutet werden, zu prüfen, ob der Arbeitnehmer nach dem Ende der Beschäftigung einen Arbeitslosengeldanspruch haben wird. Die Verwendung unterschiedlicher Vordrucke ließe sich durch den Arbeitgeber nicht zuverlässig steuern. Bei Bedarf fordert die Agentur für Arbeit gezielt eine vereinfachte Arbeitsbescheinigung an, die lediglich Angaben zu dem Ende und dem Grund für die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses enthalten muss.

Zu § 58 (Einkommensbescheinigung)

Die Vorschrift lehnt sich an § 313 des Dritten Buches an. Der Arbeitgeber oder Besteller einer Dienst- oder Werkleistung hat einer Person, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beantragt hat oder bezieht, für den Bezugszeitraum auf dem von der Agentur für Arbeit vorgesehenen Vordruck Art und Dauer der Tätigkeit und die Höhe des Entgelts bzw. der Vergütung zu bescheinigen. Die Bescheinigung ist unverzüglich auszustellen und auszuhändigen und vom Bezieher der Leistung der Agentur für Arbeit vorzulegen.

Zu § 59 (Meldepflicht)

Wie im Recht der Arbeitsförderung müssen erwerbsfähige Hilfebedürftige der allgemeinen Meldepflicht unterliegen. Wird bei einem Umzug eine andere Agentur für Arbeit zuständig, muss sich der erwerbsfähige Hilfebedürftige bei dieser unverzüglich melden.

Zu § 60 (Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht Dritter)

Die Vorschrift lehnt sich an die §§ 315 und 319 des Dritten Buches an.

Absatz 1 regelt Auskunftspflichten im Zusammenhang mit der Bedürftigkeitsprüfung. Auskunftspflichtig sind diejenigen, die einem Antragsteller oder Bezieher von Leistungen nach diesem Gesetz bedürftigkeitsrelevante Leistungen erbringen. Hierzu zählen Einnahmen jeglicher Art, die nicht bei der Einkommensberücksichtigung privilegiert sind.

Die Auskunftspflicht nach Absatz 2 betrifft Geld- und Kreditinstitute und Versicherungen mit allen Anlageformen, die zu zu berücksichtigendem Einkommen oder Vermögen führen. Den Auskunftspflichtigen steht für die Erteilung der Auskünfte eine Entschädigung entsprechend § 21 Abs. 3 Satz 4 des Zehnten Buches zu. Die unterhaltsrechtlichen Auskunftspflichten nach § 1605 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind anzuwenden.

Absatz 3 regelt die Auskunftspflicht von Arbeitgebern, die Antragsteller oder Bezieher von Leistungen nach diesem Buch oder deren Partner oder nach Absatz 2 zur Auskunft verpflichtete Personen beschäftigen. Die Auskunftspflicht umfasst Angaben über das Beschäftigungsverhältnis, insbesondere über das Arbeitsentgelt.

Absatz 4 regelt die Auskunftspflicht des Partners über sein Einkommen und Vermögen. Darüber hinaus enthält er Auskunftspflichten von Geld- und Kreditinstituten und Versicherungen mit allen Anlageformen, die zu zu berücksichtigendem Einkommen oder Vermögen des Partners führen.

Absatz 5 enthält Mitwirkungspflichten für Arbeitgeber und Auftraggeber von Personen, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beantragt oder bezogen haben oder gegenwärtig beziehen. Die Mitwirkungspflichtigen müssen der Agentur für Arbeit im Rahmen der Aufgaben nach diesem Buch Einsicht in die genannten Unterlagen gewähren. So können Angaben des Betroffenen und der Arbeitgeber und Auftraggeber zu leistungsrelevanten Sachverhalten überprüft werden. Die Auskunfts- und Mitwirkungspflichten gelten, soweit sie zur Durchführung der Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlich sind.

Zu § 61 (Auskunftspflichten bei Leistungen zur Eingliederung in Arbeit)

Die Vorschrift lehnt sich an § 318 des Dritten Buches an. Sie regelt Auskunfts- und Mitwirkungspflichten des Trägers und des Teilnehmers bei der Durchführung von Maßnahmen der beruflichen Eingliederung. So soll einerseits die Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung sichergestellt werden, andererseits wird die Agentur für Arbeit in die Lage versetzt, Maßnahmen der Eingliederung aktiv zu begleiten und bei Bedarf einzugreifen, um den Maßnahmeerfolg zu sichern.

Zu § 62 (Schadensersatz)

Die Vorschrift lehnt sich an § 321 des Dritten Buches an. Schadensersatzpflichtig ist, wer vorsätzlich oder fahrlässig gegen eine Bescheinigungspflicht nach § 56 oder § 57 oder eine Auskunftspflicht nach § 60 oder § 61 verstößt. Die Schadensersatzpflicht betrifft die Unterlassung sowie die unrichtige oder unvollständige Angabe. Der Schadensersatzanspruch besteht neben dem Erstattungsanspruch gegen den Bezieher der unrechtmäßigen Leistung.

Zu § 63 (Bußgeldvorschriften)

Die Vorschrift regelt die Ordnungswidrigkeit von Verstößen gegen Anzeige-, Mitwirkungs-, Auskunfts- und Bescheinigungspflichten, die die rechtmäßige Leistungserbringung sicherstellen sollen.

Zu § 64 (Zuständigkeit)

Die Vorschrift regelt die Zuständigkeit für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch und bei der Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten.

Zu § 65 (Übergangsvorschriften)

Die große Zahl von Leistungsfällen, die auf das neue Recht umgestellt werden müssen und die insbesondere bei der Agentur für Arbeit erforderlichen Feststellungen von Einkommen und Vermögen auch für die mit dem Arbeitslosenhilfebezieher in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen erfordern einen stufenweisen Übergang in das neue Recht.

Zur Vorbereitung des Übergangs sollen ab 1. Januar 2004 Bewilligungen von Arbeitslosenhilfe auf ein halbes Jahr, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2004 befristet werden.

Nach dem Inkrafttreten des Zweiten Buches am 1. Juli 2004 soll in einer **ersten Stufe** hinsichtlich der Leistungen zum Lebensunterhalt

- allen Neuanträgen das neue Recht zugrunde gelegt werden,
- bei Bestandsfällen der Arbeitslosenhilfe übergangsweise die Arbeitslosenhilfe bis zum Ende des laufenden Bewilligungszeitraumes weitergezahlt werden; danach soll die Umstellung auf die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach diesem Buch erfolgen,
- bei Bestandsfällen der Sozialhilfe die Umstellung auf das neue Recht am 1. Juli 2004 erfolgen,
- bei Bestandsfällen der Arbeitslosenhilfe, die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen haben, übergangsweise die Arbeitslosenhilfe bis zum Ende des laufenden Bewilligungszeitraums weitergezahlt und durch Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach diesem Buch ergänzt werden; nach dem Ende des Bewilligungszeitraums sollen diese Bestandsfälle vollständig von der Agentur für Arbeit auf die Leistungen zur Bestreitung des Lebensunterhalts nach diesem Buch umgestellt werden.

In der ersten Stufe soll hinsichtlich der Leistungen zur Eingliederung in Arbeit

- allen Neuanträgen das neue Recht zugrunde gelegt werden,
- bei Bestandsfällen die laufende Leistung nach dem Dritten Buch (§ 422 SGB III) und die Hilfe zur Arbeit bis zum Ende der Bewilligung weiter erbracht werden.

In der ersten Stufe soll die Administration übergangsweise durch die bis zum Inkrafttreten dieses Buches zuständigen Behörden im bestehenden organisatorischen Rahmen weiter erfolgen. Die Träger der Sozialhilfe sollen insoweit auf Grund eines gesetzlichen Auftrags (§ 93 SGB X) für die Bundesagentur für Arbeit tätig werden.

Die erste Stufe wird am 31. Dezember 2004 abgeschlossen sein.

Danach sollen in einer **zweiten Stufe** ab 1. Januar 2005 die von den Trägern der Sozialhilfe auf Grund des gesetzlichen

Auftrags im bestehenden organisatorischen Rahmen administrierten Leistungsfälle organisatorisch den Job-Centern der Agenturen für Arbeit zugeordnet werden. Für diese zweite Stufe erscheint es wünschenswert, dass die Mitarbeiter der Träger der Sozialhilfe die bisher von ihnen administrierten Leistungsfälle im Rahmen eines gesetzlichen Auftrags innerhalb des Job-Centers der Agentur für Arbeit weiter bearbeiten.

Die zweite Stufe wird am 31. Dezember 2006 abgeschlossen sein. Die Dauer der zweiten Stufe berücksichtigt, dass die organisatorische Zuordnung zu den Job-Centern umfangreiche Vorarbeiten erfordert, z. B. die Beschaffung von Räumen für Mitarbeiter und Registraturen, Schulung der Mitarbeiter, Übernahme von Akten und Daten. Die Dauer der Vorarbeiten hängt auch von den örtlichen Gegebenheiten ab.

In einer **dritten Stufe** sollen anschließend die auf Grund des gesetzlichen Auftrags übergangsweise von den Trägern der Sozialhilfe weiter administrierten Bestandsfälle auf die Agentur für Arbeit übergeleitet werden. Ob und in welchem Umfang die bisher im Rahmen des gesetzlichen Auftrags tätigen Mitarbeiter der Träger der Sozialhilfe in der dritten Stufe (weiter) in den Job-Centern der Agenturen für Arbeit mitarbeiten, soll durch Vereinbarung zwischen den Agenturen für Arbeit und den Trägern der Sozialhilfe geregelt werden.

Die Träger der Sozialhilfe sollen während der Zeit, in der sie Bestandsfälle auf Grund des gesetzlichen Auftrags für die Bundesagentur für Arbeit administrieren, zwei Drittel der Leistungen nach dem Zweiten Buch erstattet erhalten. Die Regelung soll sicherstellen, dass die Träger der Sozialhilfe ihre Bemühungen zur Eingliederung der Hilfebedürftigen in Arbeit auch während der Übergangsphase intensiv fortsetzen. Die Eingliederung der Hilfebedürftigen in Arbeit soll sich für die Träger der Sozialhilfe auch während der Übergangsphase wirtschaftlich lohnen.

Den Trägern der Sozialhilfe sollen die Aufwendungen für Verwaltungskosten voll erstattet werden. In der zweiten Stufe soll die Erstattung nur erfolgen, wenn die Kosten innerhalb des Job-Centers entstehen. Die Regelung soll für die Träger der Sozialhilfe ein finanzieller Anreiz sein, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass ihre im Rahmen des gesetzlichen Auftrags tätigen Mitarbeiter organisatorisch in das Job-Center eingegliedert werden können.

Absatz 5 soll den durch das Erste Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt geregelten Vertrauensschutz hinsichtlich der Berücksichtigung von Vermögen für über 55-jährige Arbeitslosenhilfebezieher auch in der Grundsicherung für Arbeitsuchende gewährleisten.

Absatz 6 trägt der Tatsache Rechnung, dass für die Umsetzung der mit dem Inkrafttreten des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt verbundenen organisatorischen Veränderungen der Agenturen für Arbeit ein erheblicher Zeitraum erforderlich ist. Während der Umstellungsphase, die spätestens Ende 2006 abgeschlossen sein muss, sollen Eingliederungsverträge nicht für sechs Monate, sondern übergangsweise für bis 12 Monate geschlossen werden.

Zu § 66 (Verordnungsermächtigung)

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nähere Einzelheiten für den Übergang festzulegen. So kann flexibel auf Erfahrungen in der Praxis und drohende Fehlentwicklungen beim Übergang reagiert werden. Die Übergangsphase kann je nach Fortschritt verlängert oder verkürzt werden. Die den Trägern der Sozialhilfe in der Übergangszeit zu erstattenden Aufwendungen können pauschaliert werden. Einzelheiten zum Übergang der Zuständigkeit von den Trägern der Sozialhilfe zu den Agenturen für Arbeit können festgelegt werden, dies betrifft vor allem das Verfahren, aber auch die Übergabe von Akten und Datenbeständen. Auch kann der Mindestinhalt von Vereinbarungen über den Übergang zwischen den Agenturen für Arbeit und den Trägern der Sozialhilfe festgelegt werden.

Zu Artikel 2 (Erstes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu den Nummern 1 und 4 (Inhaltsübersicht, § 28a)**

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung im Ersten Buch auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 2 (§ 19)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 3 (§ 19a)

Die neuen Leistungen des Zweiten Buches werden von der Bundesagentur für Arbeit als zuständiger Leistungsträger erbracht; die Zuweisung der Aufgaben erfolgt in einer eigenständigen Einweisungsvorschrift.

Zu Nummer 5 (§ 51)

Derzeit kann die Möglichkeit, bis zur Hälfte des Leistungssatzes aufzurechnen, von den Leistungsträgern vielfach nicht genutzt werden, weil sie nicht oder nur mit erheblichem Aufwand feststellen können, ob der Leistungsbezieher dadurch hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes über die Hilfe zum Lebensunterhalt wird. Dem Leistungsträger obliegt nämlich der Nachweis des Nichteintretens von Sozialhilfebedürftigkeit; der Schuldner ist insoweit nicht mitwirkungspflichtig.

Künftig soll der Leistungsträger gegen Ansprüche auf laufende Geldleistungen mit Erstattungsansprüchen bis zu deren Hälfte aufrechnen können, soweit der Leistungsberechtigte nicht nachweist, dass er durch diese Aufrechnung sozialhilfebedürftig wird. Die Regelung stellt einerseits sicher, dass die schutzwürdigen Interessen des Schuldners gewahrt sind, ermöglicht es andererseits dem Leistungsträger ohne erheblichen Verwaltungsaufwand, Erstattungsforderungen im gesetzlich zulässigen Umfang durch Aufrechnung geltend zu machen.

Zu Nummer 6 (§ 54)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Buchstabe b

Nach geltendem Recht gehört das Wohngeld – anders als das Erziehungs- und Mutterschaftsgeld – nicht zu den in § 54 Abs. 3 SGB I genannten unpfändbaren Sozialleistungen und ist daher nach Absatz 4 der Vorschrift wie Arbeitseinkommen nach den §§ 850 ff. ZPO grundsätzlich pfändbar. Hierbei gelten erhebliche – durch das Siebte Gesetz zur Änderung der Pfändungsfreigrenzen vom 13. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3638) zum 1. Januar 2002 deutlich angehobene und seit dem 1. Juli 2003 zudem dynamisierte – Pfändungsfreigrenzen (§ 850c Abs. 1 und 2 ZPO), so dass Wohngeldempfänger in typischen Fällen innerhalb der Pfändungsfreigrenzen bleiben.

Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass Gläubiger, die mit dem Wohnraum des Wohngeldempfängers in keinem unmittelbaren Zusammenhang stehen, auf das Wohngeld im Rahmen einer Pfändung zugreifen können. Damit würde der Zweck des Wohngeldes – die wirtschaftliche Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens (§ 1 Abs. 1 WoGG) – aber zumindest teilweise vereitelt, weil das Wohngeld nicht mehr zur Bezahlung der Miete oder zur Aufbringung der Belastung verwendet werden könnte.

Daher soll in § 54 Abs. 3 Nr. 2a SGB I – neu – klarstellend geregelt werden, dass das Wohngeld grundsätzlich unpfändbar ist. Hierfür spricht auch die Gleichartigkeit hinsichtlich der wesentlichen Zielrichtung/Vergleichbarkeit mit den in § 54 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB I genannten Leistungen (Erziehungsgeld und Mutterschaftsgeld). Zugleich wird damit einem Entschließungsantrag des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 14. November 2001 (Bundestagsdrucksache 14/7478, S. 57) entsprochen, dass klargestellt werden solle, in welchem Umfang Wohngeld unpfändbar ist.

Um den berechtigten Interessen des Vermieters (beim Mietzuschuss) und des Darlehensgebers (beim Lastenzuschuss) Rechnung zu tragen, ihre Ansprüche im Wege der Pfändung durchzusetzen, soll einschränkend geregelt werden, dass die Pfändung nicht ausgeschlossen ist wegen solcher Ansprüche, die Gegenstand der §§ 5 und 6 WoGG sind. Damit soll bewirkt werden, dass Ansprüche im Zusammenhang mit der Miete oder Belastung, d. h. Ansprüche des Vermieters oder des Darlehensgebers, weiterhin zur Pfändung berechtigen.

Zu Artikel 3 (Drittes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis)****Zu den Buchstaben a bis c**

Redaktionelle Folgeänderungen zu Änderungen im Dritten Buch auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 2 (§ 3)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Die Arbeitnehmerhilfe setzt nach § 56 Abs. 1 den Vorbezug von Arbeitslosenhilfe voraus. Nach § 29 des Zweiten Buches besteht künftig die Möglichkeit, erwerbsfähigen Hilfebedürftigen bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ein Einstiegsgeld in Form eines Zuschusses zu erbringen, wenn dies zur Überwindung der Hilfebedürftigkeit notwendig ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Die Vorschrift regelt, dass die Agenturen für Arbeit flächendeckend Job-Center als einheitliche Anlaufstelle für alle Arbeitsuchenden einrichten. Job-Center sollen künftig die lokalen Zentren für alle arbeitnehmerbezogenen Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sein. Unabhängig davon, ob der Arbeitsuchende Leistungen nach diesem oder dem Zweiten Buch bezieht, soll die Struktur der Job-Center das Ziel der schnellen, passgenauen und nachhaltigen Erwerbsintegration unterstützen. Die Funktion der Job-Center als einheitliche Anlaufstelle soll zu effizientem und bürgerfreundlichem Verwaltungshandeln der Agenturen für Arbeit führen.

Die konkrete Ausgestaltung der Job-Center, insbesondere ob sich das Job-Center auf die einheitliche Anlaufstelle beschränkt oder auch die „Back-Office-Bereiche“ wie z. B. Fall-Management und Leistungsberatung und -gewährung umfasst, obliegt den örtlichen Agenturen für Arbeit. Je nach Ausgestaltung können bestimmte, nichthoheitliche Aufgabenbereiche der Job-Center auch privatrechtlich organisiert werden.

Im Job-Center ist der nächste Integrationsschritt verbindlich zu vereinbaren. Sofern ausschließlich Informationen erforderlich sind, werden die Arbeitsuchenden auf die entsprechenden Informationsmöglichkeiten im Job-Center oder der Agentur für Arbeit verwiesen. Ist eine Beratung oder Betreuung durch einen Fallmanager erforderlich, soll der Arbeitsuchende bereits im Job-Center einen Termin erhalten; dem betreuungsbedürftigen Arbeitsuchenden soll der Fallmanager bereits im Job-Center namentlich benannt werden.

Bei jungen Menschen soll die Qualifizierung vorrangig sein, um von vornherein der Langzeitarbeitslosigkeit entgegenzuwirken. Entsprechend soll eine fachlich eigenständige Beratung und Betreuung durch spezielle Fallmanager für Jugendliche in den Job-Centern sichergestellt werden.

Zu Nummer 4 (§ 22)

Die Vorschrift regelt, dass bestimmte Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben nicht zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem Zweiten Buch erbracht werden. Sie korrespondiert mit § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches, der bestimmte Dienst- und Eingliederungsleistungen auch Beziehen von Arbeitslosengeld II zu Lasten des Bundes (§ 46 Abs. 1 des Zweiten Buches) zugänglich macht.

Zu Nummer 5 (§ 41)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 6 (§ 48)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Maßnahmen der Eignungsfeststellung und Trainingsmaßnahmen können nach § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches durch die Agenturen für Arbeit auch für erwerbsfähige Hilfebedürftige erbracht werden.

Zu Nummer 7 (§ 53)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Mobilitätshilfen können nach § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches durch die Agenturen für Arbeit auch für erwerbsfähige Hilfebedürftige erbracht werden.

Zu Nummer 8 (Viertes Kapitel, Dritter Abschnitt, Zweiter Unterabschnitt)**Zu den Buchstaben a und b**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Die Arbeitnehmerhilfe setzt nach § 56 Abs. 1 des Dritten Buches den Vorbezug von Arbeitslosenhilfe voraus. Nach § 29 des Zweiten Buches besteht künftig die Möglichkeit, erwerbsfähigen Hilfebedürftigen bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ein Einstiegsgeld in Form eines Zuschusses zu erbringen, wenn dies zur Überwindung der Hilfebedürftigkeit notwendig ist.

Zu Nummer 9 (§ 57)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Überbrückungsgeld kann durch die Agenturen für Arbeit nach § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches auch für erwerbsfähige Hilfebedürftige erbracht werden. Die Regelung zur Zusammensetzung des Überbrückungsgeldes für die Empfänger von Arbeitslosengeld und die bisherigen Empfänger von Arbeitslosenhilfe wird auf die Empfänger von Arbeitslosengeld II übertragen.

Zu Nummer 10 (§ 74)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Die Berufsausbildungsbeihilfe kann nach § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches durch die Agenturen für Arbeit auch an erwerbsfähige Hilfebedürftige erbracht werden.

Zu Nummer 11 (§ 100)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Die Arbeitnehmerhilfe setzt nach § 56 Abs. 1 den Vorbezug von Arbeitslosenhilfe voraus. Nach § 29 des Zweiten Buches besteht künftig die Möglichkeit, erwerbsfähigen Hilfebedürftigen bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ein Einstiegsgeld in Form eines Zuschusses zu erbringen, wenn dies zur Überwindung der Hilfebedürftigkeit notwendig ist.

Zu Nummer 12 (§ 116)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 13 (§ 123)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 14 (§ 190)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung eines Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Ab 1. Januar 2005 wird für erwerbsfähige Hilfebedürftige im Sinne des Zweiten Buches nur noch Arbeitslosengeld II gezahlt. Die Regelung betrifft die Übergangsphase vom 1. Januar 2004 (Datum des Inkrafttretens der Vorschriften des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt) bis 31. Dezember 2004 und sieht eine Verkürzung des Bewilligungszeitraums für die Arbeitslosenhilfe vor. Auf Grund der Neufassung erfolgen Bewilligungen von Arbeitslosenhilfe ab dem 1. Januar 2004 nur noch für 6 Monate, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2004.

Zu Nummer 15 (§§ 190, 192 bis 196, 198 bis 200, 202 bis 206)

Auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch werden die bisherigen Regelungen zur Arbeitslosenhilfe im Dritten Buch aufgehoben. Ehemalige Bezieher von Arbeitslosenhilfe haben bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen als erwerbsfähige Hilfebedürftige im Sinne des Zweiten Buches Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Form von Arbeitslosengeld II.

Zu Nummer 16 (§ 207)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 17 (§ 207a)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 18 (226)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Arbeitgebern, die einen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen einstellen, kann bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen für diese Ermessensleistung ein Einstellungszuschuss bei Neugründungen auf der Grundlage von § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches erbracht werden.

Zu Nummer 19 (§ 270a)

Bei notwendiger Finanzierung der Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen werden die Integrationsämter für die Aufgabe der Stellung einer Arbeitsassistenz zuständig. Die Agenturen für Arbeit ersetzen ihnen die Aufwendungen. Die Regelung entspricht § 33 Abs. 8 des Neunten Buches. Es wird eine einheitliche Rechtsanwendung durch die alleinige Zuständigkeit der Integrationsämter erreicht, die Bundesagentur wird entlastet.

Zu Nummer 20 (§ 304)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch.

Zu Nummer 21 (§ 309)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 22 (§ 311)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 23 (§ 312)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 24 (§ 313)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 25 (§ 323)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 26 (§ 324)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 27 (§ 325)**Zu den Buchstaben a und b**

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 28 (§ 330)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 29 (§ 335)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 30 (§ 339)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 31 (§ 363)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 32 (§ 368a)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Mit der Neuregelung werden erwerbsfähige Hilfebedürftige, die bisher entweder vom Träger der Sozialhilfe, vom Arbeitsamt oder von beiden Trägern betreut wurden, zu einer einheitlichen Kundengruppe zusammengefasst. Träger für Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts sowie für Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben ist die Bundesagentur für Arbeit. Nach § 18 Abs. 1 des Zweiten Buches arbeiten die Agenturen für Arbeit auch künftig bei der Erbringung von Leistungen zur Eingliederung in Arbeit mit den Beteiligten des örtlichen Arbeitsmarktes, insbesondere den Gemeinden, Kreisen und Bezirken zusammen. Im Rahmen von § 18 Abs. 3 des Zweiten Buches soll die Zusammenarbeit auf Verlangen von Gemeinden, Kreisen und Bezirken im Wege von Vereinbarungen geregelt werden.

Zu Nummer 33 (§ 395)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Mit der Neuregelung werden erwerbsfähige Hilfebedürftige, die bisher entweder vom Träger der Sozialhilfe, vom Arbeitsamt oder von beiden Trägern betreut wurden, zu einer einheitlichen Kundengruppe zusammengefasst. Träger für Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts sowie für Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben ist die Bundesagentur für Ar-

beit. Spezialvorschriften zum Datenschutz werden in Kapitel 7 des Zweiten Buches geregelt.

Zu den Nummern 34 bis 36 (§§ 418 bis 421)

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe sowie der Eingliederungshilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Bei der Leistung von Eingliederungshilfe sind die Vorschriften der Arbeitslosenhilfe – insbesondere über die Bedürftigkeit – nach Maßgabe des § 421 des Dritten Buches entsprechend anzuwenden. Als erwerbsfähige Hilfebedürftige haben die betroffenen Personengruppen bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zukünftig Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch. Die Regelungen des § 420 über die Sprachförderung für besondere Personengruppen sind in § 419 integriert worden. Die bisherige Bezugnahme auf § 418 ist entfallen.

Zu Nummer 37 (§ 421a)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 38 (§ 421b)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 39 (§ 421d)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Aufgabe und Ziel der geförderten Modellvorhaben war es, im Wege einer engeren Zusammenarbeit zwischen Arbeitsämtern und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe mehr Vermittlungen in Arbeit zu erreichen, die Wirksamkeit der Hilfen zur Eingliederung in eine Erwerbstätigkeit zu steigern und das Verwaltungsverfahren zu vereinfachen. Die Neuregelungen im Zweiten Buch greifen die positiven Erkenntnisse aus den Modellvorhaben auf und setzen diese konsequent um.

Zu Nummer 40 (§ 421g)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Nach § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches besteht die Möglichkeit zur Ausstellung eines Vermittlungsgutscheins auch für Bezieher der neuen Leistung.

Zu Nummer 41 (§ 427)**Zu den Buchstaben a bis c**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 42 (§§ 434, 434b, 434c, 434g)

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe auf Grund der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Nummer 43 (§ 434k)

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass laufende Förderfälle nach den bisherigen §§ 419 und 420 Abs. 3 von der Neuordnung der Vorschriften über die Sprachförderung unberührt bleiben. Dies dient der Rechtssicherheit und zugleich der Verwaltungspraktikabilität.

Zu Artikel 4 (Viertes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 1)

Folgeänderung zur Einführung eines Gesetzes über die Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Die für die Sozialhilfe geltenden Vorschriften über den Sozialversicherungsausweis werden auf die Grundsicherung für Arbeitsuchende übertragen. Für die Grundsicherung gelten die Vorschriften über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Versicherungsnummer sowie weitere Vorschriften aus dem Titel über Beiträge.

Zu Nummer 2 (§ 23)

Folgeänderung zur Einführung eines Gesetzes über die Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Die für die Arbeitslosenhilfe geltenden Vorschriften über die Fälligkeit von Beiträgen werden auf das Arbeitslosengeld II übertragen.

Zu Artikel 5 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 5)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Die Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II wird in § 5 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a neu geregelt.

Zu Buchstabe b

Da es sich bei dem Arbeitslosengeld II um eine subsidiäre staatliche Sozialleistung handelt, die wie die Sozialhilfe bedürftigkeitsorientiert ist, besteht in den Fällen, in denen der Leistungsempfänger bereits im Rahmen der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert ist, kein Bedarf für den Vorrang einer eigenständigen Versicherungspflicht. Deshalb sieht der Entwurf in diesen Fällen im Gegensatz zur ehemaligen Arbeitslosenhilfe keinen Vorrang der eigenständigen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Damit wird auch deutlich, dass es sich bei der neuen Leistung des Arbeitslosengeldes II nicht um eine Lohnersatzleistung handelt.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Die Neuregelung beinhaltet eine aus Gleichbehandlungsgründen gebotene Einbeziehung lebensälterer erwerbsfähiger Hilfebedürftiger in die gesetzliche Krankenversicherung.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für

Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe tritt künftig das Arbeitslosengeld II.

Zu Nummer 4 (§ 10)

Klarstellung dass Angehörige des Pflichtversicherten auch im Fall des eigenständigen Bezugs von Arbeitslosengeld II familienversichert sind.

Zu Nummer 5 (§ 47b)**Zu den Buchstaben a bis c**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe tritt künftig das Arbeitslosengeld II.

Zu den Nummern 6 bis 10 (§§ 49, 61, 186, 190, 203a)

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe tritt künftig das Arbeitslosengeld II.

Zu Nummer 11 (§ 232a)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch.

Zu Buchstabe b

Der Entwurf geht von einem für die Krankenversicherung für 2004 kostenneutralen Beitrag in Höhe von 125 Euro monatlich aus. Die Höhe des Betrags soll in Anlehnung an die Entwicklung der Bezugsgröße dynamisiert werden. Bei Personen, die andere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird das bezogene Arbeitslosengeld II diesen hinzugerechnet. Es wird sichergestellt, dass die Krankenversicherung auch bei Hinzurechnung anderer Einnahmen insgesamt einen Beitrag von Höhe des Pauschalbeitrags erhält.

Zu Nummer 12 (§ 246)

Die Vorschrift legt die Höhe des Beitragssatzes für Bezieher von Arbeitslosengeld II fest. Der Beitragssatz soll für alle Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten.

Zu Nummer 13 (§ 252)

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe tritt künftig das Arbeitslosengeld II.

Zu Artikel 6 (Sechstes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (Inhaltsübersicht)

Folgeänderungen zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Folgeänderung zur Abschaffung der bisherigen Arbeitslosenhilfe und zur Einführung von Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 3 (§ 20)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 4 (§ 21)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 5 (§ 58)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 6 (§ 74)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 7 (§ 166)

Die neue Nummer 2a bestimmt, dass für Bezieher von Arbeitslosengeld II als beitragspflichtige Einnahme generell der Betrag von 400 Euro gilt. Die neue Nummer 2b regelt die Beitragsbemessungsgrundlage für die Bezieher von Arbeitslosengeld, denen zusätzlich ergänzendes Arbeitslosengeld II gezahlt wird. Für diese Personen gilt ebenfalls grundsätzlich die Beitragsbemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld II in Höhe von 400 Euro. Von diesem Betrag ist jedoch die beitragspflichtige Einnahme für das Arbeitslosengeld abzuziehen. Aus redaktionellen Gründen wird die bisher in Nummer 2b enthaltene Regelung in eine neue Nummer 2c aufgenommen.

Zu Nummer 8 (§ 170)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 9 (§ 173)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 10 (§ 229)

Mit der Übergangsregelung wird entsprechend der Vertrauensschutzregelung nach dem (neuen) SGB II für Personen, die nach Inkrafttreten des (neuen) SGB II aus Vertrauensschutzgründen weiterhin Arbeitslosenhilfe beziehen, der bisherige rentenversicherungsrechtliche Status beibehalten.

Zu Nummer 11 (§ 234)

Mit der Übergangsregelung wird entsprechend der Vertrauensschutzregelung nach dem (neuen) SGB II für Personen, die nach dem Inkrafttreten des SGB II weiterhin Arbeitslosenhilfe beziehen, der bisherige rehabilitationsrechtliche Status auch im Hinblick auf das Übergangsgeld beibehalten.

Zu Nummer 12 (§ 252)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu den Nummern 13 und 14 (§§ 254d, 256a)

Die Ergänzungen stellen sicher, dass der Rentenertrag aus Beitragszeiten auf Grund des Bezugs von Arbeitslosengeld II in den alten und neuen Bundesländern gleich hoch ist.

Zu Nummer 15 (§ 263)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 16 (§ 276a)

Folgeänderung zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Nummer 17 (§§ 276b, 276c)

Folgeänderungen zur Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Zu Artikel 7 (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 2)

Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die nach § 59 des Zweiten Buches meldepflichtig sind, erhalten Unfallversicherungsschutz wie meldepflichtige Arbeitslose. Nach der Einführung des Arbeitslosengeldes II ergibt sich kein Anwendungsfall der Meldepflicht nach dem Bundessozialhilfegesetz mehr.

Zu den Nummern 2 bis 4 (§§ 45, 47, 58)

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe tritt künftig das Arbeitslosengeld II.

Zu Artikel 8 (Achstes Buch Sozialgesetzbuch)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Nach § 14 Satz 1 des Zweiten Buches unterstützt die Agentur für Arbeit erwerbsfähige Hilfebedürftige umfassend mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit. Durch die Aufnahme der flankierenden Neuregelung im Achten Buch und die damit einhergehenden verbesserten Betreuungsmöglichkeiten in Tageseinrichtungen wird für erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Personensorgerecht ein wesentliches Hindernis zur Aufnahme einer Beschäftigung beseitigt.

Zu Artikel 9 (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe tritt künftig das Arbeitslosengeld II.

Zu Artikel 10 (Zehntes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 64)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. Neben die Regelung zum Sozialhilferecht tritt künftig das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Zu Nummer 2 (§ 71)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch.

Zu Artikel 11 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe durch Einführung der Grundsicherung für

Arbeitsuchende im Zweiten Buch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe tritt künftig das Arbeitslosengeld II.

Zu Artikel 12 (Infektionsschutzgesetz)

Zu den Nummern 1 und 2 (§ 56)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 13 (Bundesausbildungsförderungsgesetz)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 14 (Gesetz zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 15 (Gesetz über den Abbau der Fehlsubventionierung im Wohnungswesen)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 16 (Wohnraumförderungsgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung soll ein redaktionelles Versehen berichtigt werden.

Zu den Doppelbuchstaben bb bis hh

Die Änderungen sollen der Harmonisierung der Einkommensermittlung im Wohnraumförderungsrecht mit derjenigen im Wohngeldrecht dienen. Im Wesentlichen werden hierzu die Änderungen des § 10 Abs. 2 WoGG nachvollzogen, so dass insoweit auf die Begründung zur Änderung des Wohngeldgesetzes verwiesen wird. Durch die in Doppelbuchstabe bb vorgesehene Einfügung der Nummer 1.10 in § 21 Abs. 2 WoFG wird darüber hinaus künftig die Hälfte der Renten nach § 3 Abs. 2 AntiDHG dem Jahreseinkommen – wie bisher schon im Wohngeld – zugerechnet. Anders als das Wohngeld sind Förderungen nach dem Wohn-

raumförderungsgesetz keine Sozialleistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 2 AntiDHG, so dass hier nach geltendem Recht eine Abweichung der wohnraumförderungsrechtlichen von der wohngeldrechtlichen Einkommensermittlung besteht. Die Einfügung der Nummer 1.10 soll diese Abweichung beider Regelungsbereiche beseitigen.

Zu Doppelbuchstabe ii

Mit der Einfügung einer neuen Nummer 9 in § 21 Abs. 2 WoFG soll bewirkt werden, dass das Arbeitslosengeld II, soweit es um den Lebensunterhalt und den befristeten Zuschlag geht, sowie das Sozialgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch bei der Ermittlung des Jahreseinkommens berücksichtigt werden, soweit sie die bei ihrer Berechnung berücksichtigten Kosten für den Wohnraum übersteigen. Die Regelung entspricht der u. a. für die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz in § 21 Abs. 2 Nr. 7 WoFG getroffenen Regelung.

Zu Doppelbuchstabe jj

Die Änderung ist eine Folgeänderung auf Grund der Einfügung der neuen Nummer 9 in § 21 Abs. 2 WoFG.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung soll aus Gründen der Harmonisierung beider Regelungsbereiche die Änderung des § 10 Abs. 3 WoGG nachvollzogen werden.

Zu Nummer 2 (§ 34)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten zukünftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 3 (§ 48)

Mit den Änderungen sollen redaktionelle Versehen berichtigt werden.

Zu Nummer 4

Die Änderung des § 51 Abs. 1 wandelt die Verweisung in eine dynamische Verweisung um und beseitigt damit ein redaktionelles Versehen.

Zu Nummer 5 (§ 52)

Mit den Änderungen soll ein redaktionelles Versehen berichtigt werden.

Zu Artikel 17 (Bundesvertriebenengesetz)

Zu den Nummern 1 und 2 (§ 11)

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe und die Eingliederungshilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Eingliederungshilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 18 (Ausländergesetz)**Zu Nummer 1 (§ 24)**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 85)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 19 (Asylverfahrensgesetz)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 20 (Mikrozensusgesetz)**Zu den Nummern 1 und 2 (§ 4)**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 21 (Zivilprozessordnung)**Zu Nummer 1 (§ 646)**

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Neben die Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz tritt künftig für Kinder das Sozialgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 850)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Neben die Regelung zum Bundessozialhilfegesetz treten künftig die entsprechenden Regelungen zum Lebensunterhalt nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 22 (Sozialgerichtsgesetz)

Die passiven Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind wie die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bedarfsorientierte Fürsorgeleistungen. Für die letztgenannten Leistungen sind bereits die Verwaltungsgerichte zuständig.

Die passiven Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende lehnen sich in wesentlichen Grundzügen an die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz an. Der bisherige Zusammenhang der Arbeitslosenhilfe mit der Versicherungsleistung Arbeitslosengeld, insbesondere die Abhängigkeit der Höhe der Leistung vom ehemals erzielten Arbeitsentgelt, besteht beim Arbeitslosengeld II nicht mehr.

Auf Grund der Sachnähe und zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsprechung für vergleichbare Lebenssachverhalte muss für alle genannten Leistungen derselbe Rechtsweg eröffnet werden. Hierfür bieten sich die Verwaltungsgerichte an.

Zu Artikel 23 (Verwaltungsgerichtsordnung)

In den Anwendungsbereich der Vorschrift werden auch Streitigkeiten nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch einbezogen. Dies soll die besondere Sachkunde der erkennenden Gerichte und eine möglichst einheitliche Rechtsprechungspraxis sicherstellen.

Zu Artikel 24 (Gerichtsvollzieherkostengesetz)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Bundesagentur für Arbeit tritt in ihrer Funktion als Trägerin der Grundsicherung für Arbeitsuchende neben die Träger der Sozialhilfe.

Zu Artikel 25 (Wohngeldgesetz)**Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Mit der Änderung soll die Inhaltsübersicht an den Abschluss der Empfänger der laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, angepasst werden.

Zu Nummer 2 (§ 1)

§ 1 Abs. 2 Satz 1 WoGG – neu – soll den Ausschluss der Transferleistungsempfänger vom Wohngeld bestimmen. Im Einzelnen erhalten danach kein Wohngeld die Empfänger von Leistungen des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch, Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt. Dies soll der klaren Trennung der für die Unterkunftskosten zuständigen sozialen Sicherungssysteme dienen.

Aus diesem Grund sollen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 WoGG – neu – auch die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft oder Ähnlichem als Empfänger der Leistung gelten. Im Einzelnen sollen daher auch die nach § 2 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, § 19 Abs. 1 bis Abs. 3 und § 20 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, § 27a Satz 2 des

Bundesversorgungsgesetzes in Verbindung mit § 19 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch mit den Empfängern der Leistung verbundenen Personen, die bei der Ermittlung des Bedarfs berücksichtigt worden sind, in den Ausschluss vom Wohngeld einbezogen werden.

§ 1 Abs. 2 Satz 3 WoGG – neu – soll regeln, dass der Ausschluss vom Wohngeld auch für die Dauer des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung von Grund und Höhe der Leistung gilt. Es kommt also nicht erst auf den Empfang einer Transferleistung an, sondern auf den Beginn eines darauf gerichteten Verwaltungsverfahrens.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Aufhebung des Fünftens Teils (§§ 31 bis 33 WoGG).

Zu Nummer 4 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass Familienmitglieder im Sinne des Wohngeldgesetzes nur dann zum Haushalt rechnen, wenn sie eine Transferleistung nach § 1 Abs. 2 WoGG – neu – nicht empfangen. Dies soll eine Änderung der auf die zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder Bezug nehmenden Vorschriften (z. B. § 9 Abs. 1, § 10 Abs. 1 Satz 1 WoGG) entbehrlich machen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Einfügung eines Satzes 2 in § 4 Abs. 1 WoGG.

Zu Buchstabe c

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Einfügung eines Satzes 2 in § 4 Abs. 1 WoGG.

Zu Nummer 5 (§ 7)

Die Regelung entspricht im Wesentlichen § 7 Abs. 3 WoGG und soll bewirken, dass nur der Anteil der Miete oder Belastung bei der Bemessung des Wohngeldes berücksichtigt wird, der auf die Nichttransferleistungsempfänger entfällt.

Zu Nummer 6 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung des § 10 Abs. 2 WoGG soll die Vorschrift zum einen aus Gründen der Gleichbehandlung mit anderen bereits benannten steuerfreien Einnahmen ergänzt werden. Ferner soll der Katalog aus Klarstellungsgründen um eine Einnahmeart ergänzt werden. Da schließlich eine Einnahmeart steuerrechtlich weggefallen ist, soll diese gestrichen werden.

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Einfügung der Nummer 1.9 liegen folgende Erwägungen zu Grunde: Das zum Ausgleich des Verdienstaufschlags im Krankheitsfall gezahlte Krankentagegeld aus einer privaten Krankentagegeldversicherung ist nach § 3 Nr. 1 Buchstabe a EStG steuerfrei, aber von § 32b Abs. 1 Nr. 1 EStG und damit von § 10 Abs. 2 Nr. 1.6 WoGG (Lohn- und Einkommensersatzleistungen) nicht erfasst.

Aus Gründen der Gleichbehandlung mit dem Krankengeld nach den §§ 44 ff. SGB V im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und mit dem Krankengeld nach den §§ 8, 12 und 13 KVLG 1989 für mitarbeitende Familienangehörige, die beide dem Progressionsvorbehalt nach § 32b Abs. 1 Nr. 1 EStG unterliegen und daher bereits jetzt nach § 10 Abs. 2 Nr. 1.6 WoGG zum Jahreseinkommen gehören, soll zukünftig auch das Krankentagegeld aus einer privaten Krankentagegeldversicherung zum wohngeldrechtlichen Einkommen gehören. Denn nach seinem Zweck, das durch eine Arbeitsunfähigkeit ausfallende Arbeitseinkommen zu ersetzen, ist es den beiden genannten gesetzlichen Krankengeldern (vgl. zu deren Zweck § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 13 Abs. 3 Satz 1 KVLG 1989) gleichzuachten.

Der Einfügung der Nummer 1.10 liegen folgende Erwägungen zu Grunde: Nach geltendem Recht (§ 10 Abs. 2 Nr. 1.2 WoGG) gehören die einkommensabhängigen Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die auf das Bundesversorgungsgesetz verweisen, zum Jahreseinkommen. Diese Leistungen sind nach § 3 Nr. 6 EStG steuerfrei. Zu den nach § 3 Nr. 6 EStG steuerfreien versorgungshalber gezahlten einkommensabhängigen Bezügen, die nicht auf Grund der Dienstzeit gewährt werden, gehören nach R 8 Abs. 2 Nr. 2 LStR 2002 auch der Unterhaltsbeitrag für frühere Beamte und frühere Ruhestandsbeamte (§ 38 BeamtVG), der Unterhaltsbeitrag für Verwandte der aufsteigenden Linie (§ 40 BeamtVG) und der Unterhaltsbeitrag für Hinterbliebene (§ 41 BeamtVG). Diese Leistungen werden bei einem Dienstunfall (im ersten Fall) bzw. bei Versterben an den Folgen eines Dienstunfalls (in den beiden letzteren Fällen) gewährt.

Aus Gründen der Gleichbehandlung mit den einkommensabhängigen Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die auf das Bundesversorgungsgesetz verweisen, sollen diese Leistungen in den Katalog der zu berücksichtigenden Einnahmen nach § 10 Abs. 2 WoGG aufgenommen werden. Denn es ist geboten, die einkommensabhängige Versorgung nicht nur dann wohngeldrechtlich zu berücksichtigen, wenn sie auf gesundheitlichen oder wirtschaftlichen Folgen militärischer oder militärähnlicher Dienste oder eines damit zusammenhängenden Unfalls (§ 1 Abs. 1 BVG) bzw. mit den Tatbeständen der verweisenden Gesetze zusammenhängt, sondern auch dann, wenn sie „nur“ mit einem Dienstunfall (§§ 30 und 31 BeamtVG) zusammenhängt. Im Übrigen spricht auch die Gleichbehandlung mit der Verletztenrente im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung nach den §§ 56 bis 62 SGB VII, die nach § 10 Abs. 2 Nr. 1.5 Buchstabe a WoGG zum Jahreseinkommen gehört, für die Einbeziehung der Leistungen nach dem Beamtenversorgungsgesetz.

Der Einfügung der Nummer 1.11 liegen folgende Erwägungen zu Grunde: Nach § 3 Abs. 2 des Gesetzes über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz – AntiDHG) werden für Betroffene am Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit orientierte Renten i. H. v. 255,65 bis 1022,58 Euro (500 bis 2000 DM) monatlich gezahlt. Diese Renten sind nach § 3 Nr. 68 EStG steuerfrei. § 6 Abs. 1 Satz 2 AntiDHG bestimmt aber, dass monatliche Renten nach § 3 Abs. 2 AntiDHG hälftig als Einkommen berück-

sichtigt werden, wenn bei Sozialleistungen die Gewährung oder die Höhe von anderen Einkommen abhängt. Eine derartige Sozialleistung ist z. B. das Wohngeld, so dass diese Renten bereits bisher zur Hälfte zu berücksichtigendes Einkommen sind.

Die zitierte Regelung ist die einzige Anrechnungsvorschrift einer steuerfreien Einnahme außerhalb des § 10 Abs. 2 WoGG. Aus Gründen der Rechtsklarheit und Übersichtlichkeit soll diese Regelung inhaltsgleich in den Katalog des § 10 Abs. 2 WoGG übernommen werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach § 10 Abs. 2 Nr. 2.2 WoGG gehört zum Jahreseinkommen der nach § 3 Nr. 39 EStG steuerfreie Arbeitslohn. Die Vorschrift ist auf Grund des Artikels 8 Nr. 3 in Verbindung mit Nr. 10 Buchstabe a und Artikel 17 Abs. 1 des Zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621, 4630) mit Wirkung vom 1. April 2003 nicht mehr anzuwenden. Sie soll daher gestrichen werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Aufhebung der bisherigen Nummer 2.2.

Zu Doppelbuchstabe dd

Das geltende Recht (§ 10 Abs. 2 Nr. 5.4 WoGG) berücksichtigt von den Leistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch nur die Kosten zur Erziehung. Mit der Erweiterung des Einkommenskataloges des § 10 Abs. 2 WoGG um die Nummer 5.5 soll die Nummer 5.4 ergänzt werden. Dem liegen folgende Erwägungen zu Grunde: Werden junge Menschen (Minderjährige, junge Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, u. U. auch Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben, oder eine schwangere Frau vor der Geburt ihres Kindes) zur Erbringung erzieherischer und ggf. therapeutischer Hilfeleistungen in Einrichtungen, anderen Wohnformen oder Pflegefamilien untergebracht, übernimmt die Kinder- und Jugendhilfe für die Dauer der Hilfeleistung neben dem Erziehungsanteil (siehe § 10 Abs. 2 Nr. 5.4 WoGG) auch die laufenden Leistungen für die Kosten des notwendigen Unterhalts einschließlich der Unterkunft sowie der Krankenhilfe. Leistungen für den Unterhalt junger Volljähriger haben bis zum 31. Dezember 2000 (nach § 10 Abs. 1 WoGG a. F. in Verbindung mit Teil A Nr. 10.15 WoGVwV 1995) sowie bis zum 31. Dezember 2001 (nach § 10 Abs. 2 Nr. 11.2 WoGG a. F.) zum wohngeldrechtlichen Jahreseinkommen gerechnet. Da diese Einkommensteile bei der Harmonisierung des Wohngeldgesetzes und des Wohnraumförderungsgesetzes zum 1. Januar 2002 versehentlich nicht mit übernommen wurden, sollen diese Einkommensteile zukünftig wieder zum Jahreseinkommen der Begünstigten rechnen und unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung auch für Minderjährige herangezogen werden.

Zu Doppelbuchstabe ee

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Einfügung der neuen Nummer 5.5.

Zu Doppelbuchstabe ff

Mit der Neufassung der Nummer 6.1 des § 10 Abs. 2 WoGG sollen zusätzlich die steuerfreien Stipendien und das Ausbildungsgeld aufgenommen werden.

Nummer 6.1 Buchstabe a und b entsprechen der bisherigen Regelung, Buchstabe c entspricht dem bisherigen Buchstaben d.

Der neuen Nummer 6.1 Buchstabe c liegen folgende Erwägungen zu Grunde: Nach geltendem Recht (§ 10 Abs. 2 Nr. 6.1 Buchstabe b, Nr. 6.2 WoGG) gehören die als Zuschüsse erbrachten Leistungen der Begabtenförderungswerke zur Hälfte und die als Zuschuss gewährte Graduiertenförderung voll zum wohngeldrechtlichen Jahreseinkommen. Soweit Begabtenförderungswerke (z. B. die Friedrich-Ebert-Stiftung e. V. oder die Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.) Leistungen der Begabtenförderung bzw. der Graduiertenförderung erbringen, sind beide Leistungsarten nach geltendem Recht erfasst. Soweit Dritte, die nicht unter den Begriff des Begabtenförderungswerks fallen (z. B. die Länder, Universitäten und Unternehmen) Leistungen der Graduiertenförderung erbringen, sind auch diese nach geltendem Recht erfasst. Bisher nicht erfasst sind Leistungen dieser Dritten, soweit es um Begabtenförderung geht.

Daher soll aus Gründen der Gleichbehandlung mit den durch Begabtenförderungswerke Geförderten durch die Neuregelung sichergestellt werden, dass auch diese Leistungen wohngeldrechtlich zur Hälfte als Einnahme erfasst werden. Durch die Neuregelung sind im Übrigen auch die Leistungen der Otto-Benecke-Stiftung erfasst.

Die neue Nummer 6.1 Buchstabe d soll um das Ausbildungsgeld erweitert werden. Dem liegen folgende Erwägungen zu Grunde: Nach geltendem Recht (§ 10 Abs. 2 Nr. 1.6 WoGG) gehören die Lohn- und Einkommensersatzleistungen nach § 32b Abs. 1 Nr. 1 EStG, darunter die Eingliederungshilfe nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch, zum Jahreseinkommen. Die Eingliederungshilfe für Behinderte in Form des Ausbildungsgeldes nach den §§ 104 ff. SGB III ist von § 32b Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a EStG und damit von § 10 Abs. 2 Nr. 1.6 WoGG aber nicht erfasst; die steuerrechtliche Vorschrift betrifft nur die Eingliederungshilfe für Spätaussiedler nach § 418 SGB III.

Aus Gründen der Gleichbehandlung mit der Berufsausbildungsbeihilfe nach den §§ 59 ff. SGB III, die nach § 10 Abs. 2 Nr. 6.1 Buchstabe c WoGG zum Jahreseinkommen gehört, soll zukünftig auch die Hälfte des Ausbildungsgeldes für Behinderte nach § 104 SGB III zum wohngeldrechtlichen Einkommen gehören.

Zu Doppelbuchstabe gg

Auf Grund des Fulbright-Abkommens erhalten Stipendiaten (Studierende, Austauschlehrer und Wissenschaftler) Langzeit- und Kurzzeitstipendien, die den Lebensunterhalt, aber auch Ausgaben für Unterbringung an der Gasthochschule, Eignungstests usw. abdecken sollen.

Aus Gründen der Gleichbehandlung mit den durch Begabtenförderungswerke und durch private Stipendien Geförderten, deren Einnahmen bereits jetzt nach § 10 Abs. 2 Nr. 6.1 Buchstabe a und b und Nr. 6.2 WoGG zum Jahreseinkommen gehören, sollen daher zukünftig auch die Fulbright-Zu-

wendungen wohngeldrechtlich als Einnahme erfasst werden. Der Ansatz zur Hälfte ist angemessen und soll die verwaltungsaufwändige Bestimmung des auf den Lebensunterhalt entfallenden Anteils vermeiden.

Zu Doppelbuchstabe hh

Da für den Ausschluss vom Wohngeld eine Transferleistung in auch geringer Höhe ausreicht, besteht für die Berücksichtigung der Leistungen der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz und den weiter in § 10 Abs. 2 Nr. 7 WoGG genannten Gesetzen sowie der Grundsicherungsleistungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 8 WoGG im Rahmen der Einkommensermittlung kein Bedarf mehr. Die Vorschriften sollen daher aufgehoben werden.

Zu Doppelbuchstabe ii

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 10 Abs. 2 Nr. 7 und 8 WoGG.

Zu Buchstabe b

Der § 10 Abs. 3 WoGG nimmt Bezug auf die Einnahmen des § 10 Abs. 2 WoGG. Da es sich dort ausschließlich um steuerfreie Einnahmen handelt, ist der Begriff „steuerfrei“ entbehrlich und soll gestrichen werden. Im Übrigen soll wegen des sachlichen Zusammenhangs der neuen Nummer 5.5 des § 10 Abs. 2 WoGG mit der Nummer 5.4 die Regelung, dass Erwerbsaufwendungen insoweit nicht von den Einnahmen abgezogen werden können, für Nummer 5.5 übernommen werden.

Zu Nummer 7

§ 27 Abs. 4 WoGG regelt den Beginn des Bewilligungszeitraums im Zusammenhang mit einer Nichtleistung, einer Einstellung oder einem Erstattungsanspruch hinsichtlich des besonderen Mietzuschusses. Diese Regelung ist auf Grund des Ausschlusses der Transferleistungsempfänger vom Wohngeld entbehrlich.

Der Neufassung des § 27 Abs. 4 WoGG liegen folgende Erwägung zu Grunde: Ist die Bewilligung einer Transferleistung abgelehnt worden, hätte der Betreffende aber eigentlich einen Anspruch auf allgemeines Wohngeld gehabt, soll er diesen Anspruch nicht verlieren, wenn er den Wohngeldantrag innerhalb eines Kalendermonats nach Kenntnis der Ablehnung stellt. Ausgeschlossen ist der Wohngeldanspruch aber, wenn für denselben Zeitraum eine andere Transferleistung nach § 1 Abs. 2 WoGG – neu – erbracht wird.

Zu Nummer 8 (§ 28)

Die Aufhebung ist eine Folgeänderung der Aufhebung des Fünften Teils (§§ 31 bis 33 WoGG).

Zu Nummer 9 (§ 29)

Zu Buchstabe a

§ 29 Abs. 3 WoGG regelt den Wegfall und die Verringerung des Wohngeldes. Die Wohngeldstelle hat nach dieser Vorschrift neu zu entscheiden, wenn im laufenden Bewilligungszeitraum in einem bestimmten Umfang Miete oder

Belastung sich verringern bzw. das Gesamteinkommen sich erhöht.

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit zwei Urteilen vom 21. März 2002 (5 C 4.01 und 5 C 7.01, BVerwGE 116, 161 ff. und WuM 2003, 156 ff.) zur Frage der Aufhebung von Wohngeldbescheiden für bereits abgelaufene Bewilligungszeiträume im Falle von rückwirkenden Einkommenserhöhungen für Zeiträume von 1994 bis 1998 und damit zur Anwendbarkeit u. a. des § 29 WoGG Stellung genommen. Das Gericht sieht in den Entscheidungen hinsichtlich einer rückwirkenden Aufhebung der Wohngeldbewilligung die §§ 29 und 30 WoGG im Verhältnis zu § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Satz 3 SGB X als abschließend an, so dass die rückwirkende Aufhebung eines Bescheides nicht nach § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Satz 3 SGB X, sondern nur nach § 29 Abs. 3 WoGG möglich sei. Der § 29 Abs. 3 WoGG setzt tatbestandlich allerdings einen laufenden Bewilligungszeitraum voraus.

Durch eine Änderung des § 29 Abs. 3 WoGG (Satz 3 der Vorschrift) soll daher klargestellt werden, dass ein Eingriff nicht nur in den laufenden, sondern grundsätzlich auch in einen bereits abgelaufenen Bewilligungszeitraum zulässig ist. Aus Gründen der Rechtssicherheit soll der Eingriffszeitraum auf drei Jahre vor Kenntnis der Änderung der Verhältnisse beschränkt werden; die Kenntnis kann sich etwa ergeben aus der Mitteilung über eine Rentennachzahlung. Dabei soll die grob fahrlässige Nichtkenntnis der Kenntnis gleichgestellt werden; die vorsätzliche Nichtkenntnis ist hiervon denknotwendig erfasst. Der Dreijahreszeitraum entspricht dem Umfang nach dem § 29 Abs. 4 Satz 3 WoGG in der derzeit geltenden Fassung.

Satz 2 der Vorschrift soll den Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse klarstellen. Angeknüpft werden soll an den Beginn des Zeitraumes, für den sich die Miete, die Belastung oder die Einnahmen verändert haben, nicht an den Zeitpunkt, in dem der Betroffene hiervon Kenntnis erlangt hat oder hätte erlangen können. Dabei gilt die Dreijahresfrist des Satzes 3 – neu –. Damit wird klargestellt, dass etwa bei einer – die Erheblichkeitsschwelle von 15 vom Hundert übersteigenden – Rentennachzahlung, die im August 2003 durch Bescheid bekannt gegeben wird, aber einen Zahlungsanspruch ab Januar 2000 begründet, ein Eingriff in abgelaufene Bewilligungszeiträume grundsätzlich möglich, aber auf den Zeitraum ab September 2000 begrenzt ist.

Zu Buchstabe b

§ 29 Abs. 4 WoGG regelt die Mitteilungspflicht des Wohngeldempfängers und der zu seinem Haushalt rechnenden Familienmitglieder hinsichtlich der Verringerung der Miete oder Belastung und der Erhöhung der Einnahmen.

Mit der Neufassung des Satzes 3 soll zum einen die Präzisierung einer Verweisung erfolgen. Des Weiteren soll auf eine zeitliche Begrenzung der Mitteilungspflicht verzichtet werden, weil es hierfür kein Regelungsbedürfnis gibt.

Zu Nummer 10 (Fünfter Teil)

Mit dem vorgesehenen Ausschluss der Transferleistungsempfänger vom Wohngeld (vgl. die Begründung zu § 1 Abs. 2 WoGG – neu –) sind die Vorschriften des Fünften Teils gegenstandslos; sie sollen daher aufgehoben werden.

Zu Nummer 11 (§ 34)**Zu Buchstabe a**

Die Neufassung enthält zum einen eine Folgeänderung der Aufhebung des Fünften Teils (§§ 31 bis 33 WoGG); die Bezugnahme auf den Fünften Teil in § 34 Abs. 1 WoGG soll entfallen.

Zu Buchstabe b

Die Änderungen beruhen auf der Aufhebung des Fünften Teils (§§ 31 bis 33 WoGG) und der damit erforderlich werdenden Anknüpfung an einen neuen Maßstab für die Verteilung des Festbetrages von 409 Mio. Euro ab dem Jahr 2005.

Zu Nummer 12 (§ 35)**Zu Buchstabe a**

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Aufhebung des Fünften Teils (§§ 31 bis 33 WoGG).

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Änderung des § 35 Abs. 2 WoGG.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Änderung des § 35 Abs. 2 WoGG.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Änderung des § 35 Abs. 2 WoGG.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Änderung des § 35 Abs. 2 WoGG.

Zu Buchstabe c

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Änderung des § 35 Abs. 2 WoGG.

Zu Buchstabe d

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Aufhebung des Fünften Teils (§§ 31 bis 33 WoGG).

Zu Buchstabe e

Die Regelung ist eine Folgeänderung der Aufhebung des Fünften Teils (§§ 31 bis 33 WoGG).

Zu Nummer 13 (§ 36)

Auf Grund der zum 1. Januar 2002 erfolgten erstmaligen Festlegung von Mietenstufen im gesamten Bundesgebiet ist die Vorschrift überholt und soll aufgehoben werden.

Zu Nummer 14 (§ 37b)

Mit der Änderung soll eine überflüssige und überholte Fundstelle gestrichen werden, um klarzustellen, dass die Verweisung dynamisch zu verstehen ist.

Zu Nummer 15 (§ 39)

Im Hinblick auf die Bemühungen der Bundesregierung zum Abbau von Bürokratie und zur Verminderung von statistischen Anforderungen für Behörden und Unternehmen empfiehlt es sich, die gesetzliche Berichtspflicht für den Wohngeld- und Mietenbericht zeitlich zu strecken. Daher soll der Berichtszeitraum für den Wohngeld- und Mietenbericht von zwei auf vier Jahre verändert werden. Dies erscheint ausreichend, aber auch geboten, um die mittel- und langfristigen Trends im Mieten- und Wohngeldbereich zu erfassen und der Wohnungspolitik die notwendige Datengrundlage zu sichern.

Zu Artikel 26 (Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 27 (Unterhaltssicherungsgesetz)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Neben die Regelung zum Bundessozialhilfegesetz treten künftig die Regelungen des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 28 (Soldatenversorgungsgesetz)**Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Redaktionelle Folgeänderung zu Änderungen im Soldatenversorgungsgesetz auf Grund der Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 86a)**Zu Buchstabe a**

Durch die Festlegung von 180 Tagen Anspruchsdauer wird ein Gleichklang mit den Regelungen zum Dritten Buch Sozialgesetzbuch hergestellt. Nach § 339 Satz 1 Drittes Buch Sozialgesetzbuch wird für die Berechnung von Leistungen ein Monat mit 30 Tagen berechnet. Die Neufassung begrenzt die Anspruchsdauer auf insgesamt sechs Monate.

Zu den Buchstaben b und c

Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Bei Vorliegen der allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen hat der betroffene Personenkreis im Rahmen

der Grundsicherung für Arbeitsuchende Anspruch auf Arbeitslosengeld II.

Zu Artikel 29 (Finanzausgleichsgesetz)

Ziel der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe ist eine Vereinheitlichung von Transferleistungen für erwerbsfähige Arbeitslose als Teil einer Reform des Arbeitsmarktes und – damit verbunden – eine dauerhafte strukturelle Entlastung der Kommunen. Hierdurch sollen keine Lastenverschiebungen zwischen dem Bund auf der einen und den Ländern und Kommunen auf der anderen Seite entstehen; dauerhafte Lastenverschiebungen sind daher auszugleichen.

Bei dem vorgesehenen Modell der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe übernimmt der Bund die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung für die Grundsicherung für Arbeitsuchende. Dieses führt zu einer dauerhaften Lastenverschiebung zwischen dem Bund auf der einen und den Kommunen auf der anderen Seite. Im Jahr 2004 entsteht durch die Lastenverschiebung eine Entlastung der Kommunen von 5,8 Mrd. Euro.

Die Lastenverschiebung wird zunächst durch die in Artikel 1 § 65 vorgesehene Übergangsregelung abgemildert. Im Jahr 2004 verringert sie sich dadurch um 1,8 Mrd. Euro.

Ein Teil der Entlastung wird den Kommunen dauerhaft belassen. Damit sollen insbesondere die Investitionskraft der Kommunen gestärkt und zusätzliche Spielräume zum notwendigen Ausbau der Kinderbetreuung – insbesondere für unter Dreijährige – eröffnet werden. Die Kommunen sollen

zur Bewältigung dieser Zukunftsaufgaben im Jahr 2004 1,9 Mrd. Euro erhalten.

Für den Ausgleich der übrigen Lastenverschiebungen ist die Anpassung des Aufteilungsverhältnisses der Umsatzsteuer zwischen Bund und Ländern das geeignete und in der Finanzverfassung vorgesehene Instrument (Artikel 106 Abs. 4 GG). Das Grundgesetz sieht keine unmittelbaren Finanzbeziehungen zwischen Bund und Kommunen vor, vielmehr ist die Steuerung der Kommunalfinanzen Aufgabe der Länder. Erforderliche Folgeeregungen zur Finanzverteilung zwischen den jeweiligen Ländern und ihren Kommunen fallen daher in die Verantwortung der Länder.

Ziel der geänderten Umsatzsteuerverteilung zwischen Bund und Ländern ist nicht, die Länder zusätzlich zu belasten, sondern Lastenverschiebungen zwischen Bund und Kommunen – die in der Finanzverfassung als Teil der Länder gelten – auszugleichen.

Die Umsatzsteuerverteilung ist derzeit im Finanzausgleichsgesetz geregelt, dessen Gültigkeit am 31. Dezember 2004 endet.

Bei der Berechnung der durch die Umsatzsteuerverteilung zu kompensierenden Lastenverschiebung sind neben den Entlastungen durch den Wegfall der Sozialhilfe für zukünftige Bezieher des Arbeitslosengeldes II die Lastenverschiebungen im Zusammenhang mit den Neuregelungen beim Wohngeld und die Einsparungen der Länder durch den Wegfall von Eingliederungsleistungen zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt C. zu den finanziellen Auswirkungen). Die notwendige Anpassung der Umsatzsteuerverteilung ergibt sich danach wie folgt:

Entlastung der Kommunen durch Alg II	5,8
abzüglich:	
Wohngeldreform	
Entlastung der Länder	– 0,9
Belastung der Kommunen	0,6
Saldo	– 0,3
Kommunalanteil im Übergangszeitraum	1,8
Wegfall Eingliederungsleistungen der Länder	– 0,3
-----	-----
Erhöhung Investitionsspielräume und Kinderbetreuung	1,9
Durch Umsatzsteuerverteilung zu kompensieren	2,7
Zu übertragende Umsatzsteuerpunkte in vH	2,1

Die sich hieraus ergebenden Verteilungswirkungen führen zu einer besonderen Entlastung der Gemeinden mit relativ hoher Anzahl langzeitarbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Gemeinden, die unterproportional profitieren, waren vor der Reform auch unterproportional mit Ausgaben für arbeitslose Sozialhilfeempfänger belastet.

Zu Artikel 30 (Solidarpaktfortführungsgesetz)

Ziel der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe ist eine Vereinheitlichung von Transferleistungen für erwerbsfähige Arbeitslose als Teil einer Reform des Arbeitsmarktes und – damit verbunden – eine dauerhafte strukturelle Entlastung der Kommunen. Hierdurch sollen keine Lastenverschiebungen zwischen dem Bund auf der einen und den Ländern und Kommunen auf der anderen Seite entstehen; dauerhafte Lastenverschiebungen sind daher auszugleichen.

Bei dem vorgesehenen Modell der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe übernimmt der Bund die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung für die Grundversicherung für Arbeitsuchende. Dieses führt zu einer dauerhaften Lastenverschiebung zwischen dem Bund auf der einen und den Kommunen auf der anderen Seite. Ab dem Jahr 2005 entsteht durch die Lastenverschiebung eine Entlastung der Kommunen von 11,6 Mrd. Euro jährlich.

Die Lastenverschiebung wird zunächst durch die in Artikel 1 § 65 vorgesehene Übergangsregelung abgemildert. Im Jahr 2005 verringert sie sich um 2,5 Mrd. Euro und im Jahr 2006 um 1,7 Mrd. Euro.

Ein Teil der Entlastung wird den Kommunen dauerhaft belassen. Damit sollen insbesondere die Investitionskraft der Kommunen gestärkt und zusätzliche Spielräume zum notwendigen Ausbau der Kinderbetreuung – insbesondere für unter Dreijährige – eröffnet werden. Die Kommunen sollen zur Bewältigung dieser Zukunftsaufgaben ab dem Jahr 2005 2,5 Mrd. Euro jährlich erhalten.

Für den Ausgleich der übrigen Lastenverschiebungen ist die Anpassung des Aufteilungsverhältnisses der Umsatzsteuer zwischen Bund und Ländern das geeignete und in der Finanzverfassung vorgesehene Instrument (Artikel 106 Abs. 4 GG). Das Grundgesetz sieht keine unmittelbaren Finanzbeziehungen zwischen Bund und Kommunen vor, vielmehr ist die Steuerung der Kommunalfinanzen Aufgabe der Länder. Erforderliche Folgeeregungen zur Finanzverteilung zwischen den jeweiligen Ländern und ihren Kommunen fallen daher in die Verantwortung der Länder.

Ziel der geänderten Umsatzsteuerverteilung zwischen Bund und Ländern ist nicht, die Länder zusätzlich zu belasten, sondern Lastenverschiebungen zwischen Bund und Kommunen – die in der Finanzverfassung als Teil der Länder gelten – auszugleichen.

Die Umsatzsteuerverteilung ist in § 1 des Finanzausgleichsgesetzes geregelt. Die derzeitigen Regelungen laufen im Jahr 2004 aus, ab dem Jahr 2005 gilt die im Solidarpaktfortführungsgesetz geregelte Neufassung.

Bei der Berechnung der durch die Umsatzsteuerverteilung zu kompensierenden Lastenverschiebung sind neben den Entlastungen durch den Wegfall der Sozialhilfe für zukünftige Bezieher des Arbeitslosengeldes II die Lastenverschiebungen im Zusammenhang mit den Neueregungen beim Wohngeld und die Einsparungen der Länder durch den Wegfall von Eingliederungsleistungen zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt C zu den finanziellen Auswirkungen).

Durch die vorgesehene Übergangsregelung wird die Lastenverschiebung stufenweise – beginnend ab 2004 – vollständig erst im Jahr 2007 wirksam. Grundsätzlich ist die USt-Verteilung auf längere Frist angelegt. In der besonderen Situation einer grundlegenden Aufgabenumverteilung ist für einen zeitlich befristeten Übergangszeitraum jedoch auch eine jährliche Anpassung gerechtfertigt, um die Lastenverschiebungen möglichst sachgerecht auszugleichen.

Die notwendige Anpassung der Umsatzsteuerverteilung ergibt sich danach wie folgt:

	2005	2006	2007
	Mrd. Euro		
Entlastung der Kommunen	11,6	11,6	11,6
abzüglich:			
Wohngeldreform			
Entlastung der Länder	– 1,9	– 1,9	– 1,9
Belastung der Kommunen	1,3	1,3	1,3
Saldo	– 0,6	– 0,6	– 0,6
Kommunalanteil im Übergangszeitraum	2,5	1,7	0
Wegfall Eingliederungsleistungen der Länder	– 0,5	– 0,5	– 0,5
Erhöhung Investitionsspielräume und Kinderbetreuung	2,5	2,5	2,5
Durch Umsatzsteuerverteilung zu kompensieren	7,7	8,5	10,2
Zu übertragende USt-Punkte in vH	5,8	6,2	7,3

Die sich hieraus ergebenden Verteilungswirkungen führen zu einer besonderen Entlastung der Gemeinden mit relativ hoher Anzahl langzeitarbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Gemeinden, die unterproportional profitieren, waren vor der Reform auch unterproportional mit Ausgaben für arbeitslose Sozialhilfeempfänger belastet.

Zu Artikel 31 (Abgabenordnung)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch treten neben die Sozialhilfe.

Zu Artikel 32 (Berlinfoörderungsgesetz)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 33 (Einkommensteuergesetz)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Folgeänderungen zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Neben die Vorschriften zur Hilfebedürftigkeit nach dem Bundessozialhilfegesetz treten künftig die Vorschriften nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 34 (Lastenausgleichsgesetz)

Zu den Nummern 1 und 2 (§§ 292 und 363)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Zu Regelungen über die Sozialhilfe treten die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch ergänzend hinzu.

Zu Artikel 35 (Entwicklungshelfer-Gesetz)

Zu den Nummern 1 und 2 (§§ 15, 23b)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 36 (Kündigungsschutzgesetz)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 37 (Gesetz über Bergmannsprämien)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 38 (Arbeitssicherstellungsgesetz)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 39 (Berufsbildungsförderungsgesetz)

Mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde die Berufsausbildungsvorbereitung als neuer Abschnitt in das Berufsbildungsgesetz integriert. Soweit Berufsausbildungsvorbereitung öffentlich gefördert ist, können statistische Angaben den Erhebungen der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden. Dies gilt jedoch nicht, soweit die Berufsausbildungsvorbereitung nicht öffentlich gefördert in Betrieben stattfindet. Für diesen Fall ist eine gesonderte Erhebung erforderlich. Auskunftspflichtig sind die zuständigen Stellen nach dem Berufsbildungsgesetz.

Zu Artikel 40 (Berufsbildungsgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 47)

Die bisherigen Regelungen zur beruflichen Umschulung weisen durch § 47 Abs. 4 der zuständigen Stelle Überwachungspflichten zu, die jedoch nur wahrgenommen werden können, wenn bei der zuständigen Stelle Kenntnis darüber besteht, wo und mit welchem Ziel umgeschult wird. Daher sieht der neue Absatz 3a eine Anzeigepflicht für Anbieter von Umschulungsmaßnahmen vor, die sich auf den wesentlichen Inhalt der Umschulung erstreckt. Sofern die Umschulung auf einer vertraglichen Grundlage durchgeführt wird (und nicht im Rahmen eines sozialrechtlichen Leistungsverhältnisses z. B. nach Zuweisung durch die Bundesagentur für Arbeit), ist der Anzeige eine Abschrift des Vertrages beizulegen.

Zu Nummer 2 (§ 52)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Die Überwachung von Maßnahmen der betrieblichen Berufsausbildungsvorbereitung setzt voraus, dass die zuständigen Stellen Kenntnis davon erlangen, wo, mit welchen Personen und mit welchem Ziel diese Berufsausbildungsvorbereitung durchgeführt wird. Daher normiert der neu eingefügte Absatz 1a eine Anzeigepflicht über den wesentlichen Inhalt der Maßnahme.

Zu Buchstabe c

Absatz 3 stellt sicher, dass für Berufsausbildungsvorbereitungsmaßnahmen in Betrieben – unabhängig von einer öffentlichen Förderung nach § 421m des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – die Überwachungs- und Anzeigepflichten der Absätze 1 bis 2 weiterhin gelten.

Zu Artikel 41 (Vorruhestandsgesetz)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 42 (Altersteilzeitgesetz)**Zu den Nummern 1 und 2 (§§ 2, 3)**

Mit den Änderungen wird erreicht, dass Arbeitgeber auch Erstattungen nach dem Altersteilzeitgesetz erhalten können, wenn sie den durch Altersteilzeit frei gewordenen Arbeitsplatz mit einem arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen wieder besetzen. Voraussetzung ist eine Kostenzusage nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Förderkosten trägt in diesem Fall der Bund, der gleichzeitig von Leistungen an den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen entlastet wird und der Bundesagentur für Arbeit die erbrachten Förderleistungen nach dem Altersteilzeitgesetz erstattet.

Zu Artikel 43 (Beiträge-Rückzahlungsgesetz)**Zu den Nummern 1 und 2 (§ 6)**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Zu Regelungen über die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz treten die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch ergänzend hinzu.

Zu Artikel 44 (Bundesversorgungsgesetz)**Zu Nummer 1 (§ 1a)**

Nach der Vorschrift unterliegen 56 vom Hundert der berücksichtigten Unterkunftskosten (ohne Heizungs- und Warmwasserversorgung) nicht der Rückforderung. Mit der Regelung soll bewirkt werden, dass sich der Ausschluss der Empfänger des Arbeitslosengeldes II, des Einstiegsgeldes und des Sozialgeldes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch vom Wohngeld nach § 1 Abs. 2 WoGG – neu – rechtlich und tatsächlich nicht auf die Betroffenen auswirkt. Das Wohngeld unterliegt grundsätzlich nicht der Rückforderung. Die Betroffenen werden durch den Ausschluss der Rückforderung so gestellt, wie sie stünden, wenn sie Wohngeld erhalten hätten. Der Satz von 56 vom Hundert orientiert sich am tatsächlichen Subventionssatz des besonderen Mietzuschusses auf der Basis der empirischen Werte der Wohngeldstatistik 2001. Der durchschnittliche Subventionssatz ergibt sich durch Teilung des durchschnittlichen Wohngeldanspruchs durch die durchschnittliche berücksichtigungsfähige Miete.

Zu den Nummern 2 und 3 (§§ 16, 16b)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 45 (Bundeserziehungsgeldgesetz)**Zu Nummer 1 (§ 2)**

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe und die Eingliederungshilfe für Spätaussied-

ler im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Neben die Vorschriften über die Sozialhilfe treten künftig die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Zu Artikel 46 (Änderung des Bundeskindergeldgesetzes)**Zu Nummer 1 (§ 3)**

Redaktionelle Änderung wegen der Einführung des Kinderzuschlags.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Redaktionelle Änderung wegen der Einführung des Kinderzuschlags.

Zu Nummer 3 (§ 6a)**Zu Absatz 1**

Eltern sollen nicht nur wegen der Unterhaltsbelastung für ihre Kinder Arbeitslosengeld II und Sozialgeld in Anspruch nehmen müssen und durch den Kinderzuschlag einen Arbeitsanreiz erhalten. Diese Zielsetzung kann durch den Kinderzuschlag bei Eltern erreicht werden, die Kindergeld oder eine vergleichbare Leistung für ihre Kinder erhalten, denn der Kinderzuschlag deckt zusammen mit dem Kindergeld und dem auf das Kind entfallenden Wohngeldanteil den durchschnittlichen Bedarf an Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld eines Kindes ab. Eltern erhalten den Kinderzuschlag nur für die in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder. Durch die Festsetzung eines Mindesteinkommens in Höhe des elterlichen Bedarfs an Arbeitslosengeld II und/oder Sozialgeld ist gewährleistet, dass nur die Eltern den Kinderzuschlag erhalten, deren eigener Bedarf an Arbeitslosengeld II und Sozialgeld durch eigenes Einkommen gedeckt ist. Mit dem Kinderzuschlag ist damit regelmäßig auch der Bedarf im Sinne des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes der Familie gedeckt. Damit wird zugleich erreicht, dass die Familien regelmäßig nur ein Verwaltungsverfahren zu durchlaufen haben, entweder im Job-Center als Empfänger von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld oder bei der Familienkasse für den Kinderzuschlag. Mit der Einkommenshöchstgrenze wird erreicht, dass Eltern, die auch ohne den Kinderzuschlag den Bedarf im Sinne des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch für sich und ihre Kinder aus eigenem Einkommen decken können, keinen Kinderzuschlag erhalten.

Zu Absatz 2

Der Kinderzuschlag soll in Höhe von 140 Euro erbracht werden, weil dadurch zusammen mit dem Kindergeld und dem auf das Kind entfallenden Wohngeldanteil der Bedarf des Kindes im Sinne des Arbeitslosengeldes II bzw. des Sozialgeldes gedeckt ist.

Der Kinderzuschlag wird insgesamt längstens für 36 Monate gezahlt, um bei den durch den Kinderzuschlag bewirkten Arbeitsanreizen Mitnahmeeffekte zu minimieren.

Zu Absatz 3

Soweit ein Kind seinen Bedarf im Sinne des Arbeitslosengeldes II und Sozialgeld aus eigenem Einkommen oder Vermögen decken kann, muss dieser Bedarf nicht von den Eltern gedeckt werden; deshalb ist der Kinderzuschlag entsprechend zu mindern, oder er entfällt ganz.

Zu Absatz 4

Der Kinderzuschlag ist nur für Familien vorgesehen, die ohne ihn allein wegen des Unterhaltsbedarfs für ihre Kinder Anspruch auf Arbeitslosengeld II und/oder Sozialgeld hätten; er ist daher zu mindern, soweit das beim Arbeitslosengeld II und Sozialgeld zu berücksichtigende elterliche Einkommen und Vermögen über den Eigenbedarf der Eltern hinausgeht.

Über den Eigenbedarf der Eltern hinausgehendes Erwerbseinkommen mindert den Kinderzuschlag in Höhe von 70 vom Hundert des übersteigenden Einkommens. Dies bewirkt, dass eine Arbeitsaufnahme auch tatsächlich zu einer Einkommenssteigerung führt und sorgt so für einen Erwerbsanreiz.

Die stufenweise Abschmelzung dient der Vereinfachung.

Das Privileg der nur teilweisen Anrechnung ist auf das Erwerbseinkommen beschränkt, weil nur insoweit ein Anreiz geschaffen werden soll. Anderes Einkommen oder Vermögen, das den Freibetrag übersteigt, ist voll anzurechnen. Wenn erst die Zusammenrechnung von Erwerbseinkommen und anderem Einkommen zur Überschreitung des Freibetrags führt, soll das Erwerbseinkommen als dasjenige angesehen werden, das die Überschreitung bewirkt.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Redaktionelle Änderung wegen der Einführung des Kinderzuschlags.

Zu Nummer 5 (§ 11)

Redaktionelle Änderung wegen der Einführung des Kinderzuschlags.

Zu Nummer 6 (§ 12)

Redaktionelle Änderung wegen der Einführung des Kinderzuschlags.

Zu Nummer 7 (§ 14)

Redaktionelle Änderung wegen der Einführung des Kinderzuschlags.

Zu Nummer 8 (§ 22)

Die Wirkungen des Kinderzuschlags – insbesondere seine Anreizwirkung im Hinblick auf die Vermeidung des Bezugs von Arbeitslosengeld II und/oder Sozialgeld – können vorab nur schwer eingeschätzt werden. Der Bericht der Bundesregierung soll es dem Deutschen Bundestag ermöglichen, auf Grund der Erfahrungen der ersten zwei Jahre der Anwen-

dung der Vorschrift über die Weiterentwicklung der Vorschrift zu entscheiden.

Zu Artikel 47 (Verordnung über die Ersatzleistungen an die zum Luftschutzdienst herangezogenen Personen und über die Erstattung fortgewährter Leistungen)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 48 (Sozialhilfedatenabgleichsverordnung)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 49 (Ausländergebührenverordnung)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch treten neben die Sozialhilfe.

Zu Artikel 50 (Änderung der Arbeitsaufenthaltsverordnung)

Zu Nummer 1

Die Regelung ist gegenstandslos und wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 2

Folgeänderung zur Neuorganisation der Bundesanstalt für Arbeit. Das Benehmen der obersten Landesbehörde über die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung ist zukünftig mit der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit herzustellen. Diese kann eine andere Dienststelle, also insbesondere die örtlich zuständige Regionaldirektion, zur Wahrnehmung dieser Ausgabe bestimmen.

Zu Artikel 51 (Freizügigkeitsverordnung/EG)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch treten neben die Sozialhilfe.

Zu Artikel 52 (Kindesunterhalt-Vordruckverordnung)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialge-

setzungsbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 53 (Prozesskostenhilfевordruckverordnung)

Zu den Nummern 1 und 2 (Abschnitt D und E)

Folgeänderung zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Zu Regelungen über die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz treten die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch ergänzend hinzu.

Zu Artikel 54 (Wohngeldverordnung)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Mit der Änderung soll die Inhaltsübersicht an den nach § 1 Abs. 2 WoGG – neu – vorgesehenen Ausschluss der Empfänger der laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, angepasst werden.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Mit dem nach § 1 Abs. 2 WoGG – neu – vorgesehenen Ausschluss der Empfänger der laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, ist § 1 Abs. 2 WoGV ohne Anwendungsbereich; er soll daher aufgehoben werden.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Mit dem nach § 1 Abs. 2 WoGG – neu – vorgesehenen Ausschluss der Empfänger der laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, ist § 8 WoGV ohne Anwendungsbereich; er soll daher aufgehoben werden.

Zu Artikel 55 (Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Arbeitsförderung 1999)

Zu den Nummern 1 bis 4 (§§ 3, 4, 8)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe treten künftig die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Leistungen zur Ein-

gliederung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch werden hinzugefügt.

Zu Artikel 56 (Ausgleichsrentenverordnung)

Zu den Nummern 1 und 2 (§ 2)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 57 (Arbeitslosenhilfe-Verordnung)

Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 58 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung gewährleistet, dass die vorgesehenen Änderungen bei den Rechtsverordnungen auch künftig auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung geändert oder aufgehoben werden können.

Zu Artikel 59 (Neufassung des Wohngeldgesetzes)

Dieser Artikel enthält die Ermächtigung für das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, die Neufassung des Wohngeldgesetzes in der ab 1. Juli 2004 geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen.

Zu Artikel 60 (Neufassung des Bundeskindergeldgesetzes)

Dieser Artikel enthält die Ermächtigung für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die Neufassung des Bundeskindergeldgesetzes in der ab 1. Juli 2004 geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen.

Zu Artikel 61 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Absatz 1 stellt mit der Verkürzung der Bewilligungsdauer für die Arbeitslosenhilfe zum 1. Januar 2004 einen gleitenden Übergang der Bezieher von Arbeitslosenhilfe in den Bezug von Arbeitslosengeld II sicher. Die Regelung, dass die Bundesagentur für Arbeit Träger der Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch ist, muss bereits zum 1. Januar 2004 in Kraft treten, um sicherzustellen, dass die für die Leistungsgewährung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erforderlichen personellen, organisatorischen und datenverarbeitungstechnischen Vorarbeiten durchgeführt werden.

Absatz 2 lässt dieses Gesetz im Übrigen zum 1. Juli 2004 in Kraft treten.

C. Finanzielle Auswirkungen**1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand****a) Haushaltsausgaben für die Grundsicherung für Arbeitsuchende**

Im folgenden Abschnitt werden allein die Be- und Entlastungen durch die Einführung der Grundsicherung für Ar-

beitsuchende dargestellt. Die Veränderungen beim Wohngeldrecht werden hier noch nicht berücksichtigt. Die Auswirkungen der Verkürzung des Arbeitslosengeldes durch das Gesetz zur Reformen am Arbeitsmarkt sind berücksichtigt. Für die Grundsicherung für Arbeitsuchende sind für die Jahre 2004 bis 2007 die folgenden Ausgaben zu erwarten:

	Juli-Dez. 2004	2005	2006	2007
	in Mrd. Euro, + Belastung/- Entlastung			
Grundsicherung für Arbeitsuchende				
Transferleistungen	7,2	11,0	10,1	9,8
davon Grundleistung	5,8	10,2	9,3	9,0
Zuschläge	0,5	0,8	0,8	0,8
Kosten der Übergangsregelung	1,0	0,0	0,0	0,0
Sozialversicherungsbeiträge	3,0	5,2	4,7	4,6
davon Rentenversicherung	1,26	2,20	2,03	2,02
Krankenversicherung	1,57	2,63	2,37	2,26
Pflegeversicherung	0,19	0,33	0,30	0,30
Eingliederungsleistungen	3,1	6,2	5,7	5,6
Personal und Verwaltung	1,5	3,2	3,0	3,0
Summe der Ausgaben für die Grundsicherung für Arbeitsuchende	14,8	25,5	23,5	23,0
Mehrausgaben des Bundes für Wohngeld für bisherige Arbeitslosenhilfebezieher*	0,3	0,6	0,5	0,5
Ausgaben des Bundes für Kinderzuschlag	0,12	0,22	0,20	0,19
Mehrausgaben des Bundes für Bafög	0,01	0,02	0,02	0,02
Summe der Kosten der Grundsicherung für den Bund	15,2	26,3	24,2	23,7
Wegfall der Arbeitslosenhilfe (Entlastung des Bundes)	-6,7	-12,8	-12,2	-12,4
Wegfall von Eingliederungsleistungen, Unterhaltsgeld, Personalkosten für bisherige Arbeitslosenhilfebezieher	-3,1	-6,2	-6,2	-6,2
Wegfall der Sozialhilfe (Entlastung der Kommunen)	-5,8	-11,6	-11,6	-11,6
Mehrausgaben der Länder für Wohngeld für bisherige Arbeitslosenhilfebezieher*	0,3	0,6	0,5	0,5
Entlastung der Länder bei Eingliederungsleistungen für erwerbsfähige Bezieher von Sozialhilfe	-0,3	-0,5	-0,5	-0,5
Summe der Kosten der Grundsicherung über alle Körperschaften	-0,4	-4,3	-5,8	-6,5

Annahmen: Ökonomische Eckwerte des interministeriellen Arbeitskreises der Bundesregierung von April 2003, Verminderung der Zahl der Bezieher der neuen Leistung wegen intensiverer Betreuung (Effizienzgewinne) von 15 % ab 2006.

* hier noch ohne Auswirkungen der Reform des Wohngeldgesetzes

Bei der Berechnung der finanziellen Auswirkungen wurden die mittelfristigen Wirtschaftsannahmen der Bundesregierung zugrunde gelegt. Weiterhin wurde angenommen, dass auf Grund von Effizienzgewinnen die Zahl der Leistungsempfänger ab dem Jahr 2006 um 15 vom Hundert (2004 3,7 vom Hundert, 2005 12 vom Hundert) niedriger liegt, als es dem mittelfristigen Trend entspricht. Mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende wird die Betreuung der Leistungsbezieher intensiviert. Zum

einen wird die Zahl der Fallmanager erhöht, zum anderen werden mehr Mittel für Eingliederungsleistungen bereitgestellt. Wegen der intensiveren Betreuung sinkt die Zahl der Leistungsbezieher.

Die ersten Zeilen der Tabelle geben die Ausgaben für Transferleistungen wieder. Da eine gleichzeitige Umstellung aller Arbeitslosenhilfebezieher auf die neue Leistungshöhe verwaltungstechnisch nicht möglich ist, gibt es eine Über-

gangsregelung. Auf Grund dieser Übergangsregelung werden Personen, die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes Arbeitslosenhilfe bezogen haben, in der zweiten Hälfte des Jahres 2004 bis zum Ende ihres jeweiligen Bewilligungsabschnitts weiter Arbeitslosenhilfe beziehen. Dadurch sind im zweiten Halbjahr 2004 Ausgaben für Arbeitslosenhilfe in Höhe von 1,0 Mrd. Euro erforderlich.

Die Streichung der Arbeitslosenhilfe würde – ohne Vereinfachung des Wohngeldrechts – zu Mehrausgaben beim Wohngeld in Höhe von 0,5 Mrd. Euro im Jahre 2004, 1,1 Mrd. Euro in 2005, 1,0 Mrd. Euro in 2006 und 1,1 Mrd. Euro in 2007 führen. Diese zusätzlichen Ausgaben für Wohngeld haben Bund und Länder jeweils hälftig zu tragen. (Abweichungen zu den in der Tabelle für Bund und Länder ausgewiesenen Werten rundungsbedingt).

Die Kosten für den neu eingeführten Kinderzuschlag betragen 0,12 Mrd. Euro im Jahre 2004, 0,22 Mrd. Euro in 2005, 0,20 Mrd. Euro in 2006 und 0,19 Mrd. Euro in 2007. Die Einführung des Kinderzuschlags führt dazu, dass geringere Leistungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende erforderlich sind. Nur etwa ein Drittel der hier ausgewiesenen Kosten sind echte Mehrkosten, die anderen zwei Drittel werden durch entsprechend geringere Ausgaben bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende kompensiert. Die Verminderung der Transferleistungen auf Grund des Kinderzuschlags ist in den in der Tabelle angegebenen Beträgen enthalten.

Die Einkommensverluste der bisherigen Arbeitslosenhilfebezieher führen zu Mehrausgaben beim BAföG. Diese Mehrausgaben sind aber verhältnismäßig gering. Mit dem Übergang des Systems Arbeitslosenhilfe in ein bedarfsabhängiges System kommt es außerdem zu Steuerausfällen, weil der Progressionsvorbehalt der Arbeitslosenhilfe nicht mehr greift. Diese Steuerausfälle werden auf ca. 50 Mio. Euro im Jahr geschätzt. Davon entgehen dem Bund ca. 23 Mio. Euro.

Durch die neue Leistung für Arbeitsuchende entfallen auch Ausgaben: Der Bund wird um die Zahlungen für die Arbeitslosenhilfe in Höhe von über 12 Mrd. Euro im Jahr entlastet. Die BA wird um die Ausgaben für Eingliederungs-

leistungen und Personalkosten für bisherige Arbeitslosenhilfebezieher und für Unterhaltsgeld für ehemalige Arbeitslosenhilfebezieher in Höhe von 6,2 Mrd. Euro im Jahr entlastet. Die Kommunen werden um die Sozialhilfe für erwerbsfähige Sozialhilfebezieher in Höhe von 11,6 Mrd. Euro entlastet. Außerdem werden die Länder um Ausgaben für Eingliederungsleistungen entlastet, welche sie auf Landesebene für erwerbsfähige Sozialhilfebezieher und Arbeitslosenhilfebezieher erbringen.

b) Haushaltsausgaben der Änderung des Wohngeldgesetzes

Im folgenden Abschnitt werden die Be- bzw. Entlastungen durch die Reform des Wohngeldgesetzes aufsetzend auf den Be- und Entlastungen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende dargestellt.

Die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende würde für sich genommen einen Anstieg der Empfänger von Wohngeld auf 3,5 Millionen Haushalte und einen Anstieg der Wohngeldausgaben auf 5,7 Mrd. Euro bewirken. Denn durch die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende würden sich bei geltendem Wohngeldrecht die Ausgaben des Bundes und der Länder für Wohngeld um rund 1,2 Mrd. Euro im Jahr (derzeitiger Stand ohne Effizienzgewinne bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende) erhöhen.

Durch die gleichzeitige Vereinfachung des Wohngeldgesetzes erhalten Transferleistungsempfänger – neben den Empfängern der Grundsicherung für Arbeitsuchende auch Empfänger von Sozialhilfe und bedarfsorientierter Grundsicherung – kein Wohngeld mehr. Für die Transferleistungsempfänger ändert sich aber nichts. Ihre Unterkunftskosten sind von der jeweiligen Transferleistung gedeckt. Fällt das Wohngeld weg, steigen die Ausgaben der jeweiligen Träger der Transferleistungen für Unterkunftskosten.

Im Vergleich zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende ohne Änderung des Wohngeldgesetzes ergeben sich durch die Vereinfachung des Wohngeldrechts die folgenden finanziellen Auswirkungen:

	Juli-Dez. 2004	2005	2006	2007
	in Mrd. Euro, + Belastung / - Entlastung			
Mehrausgaben des Bundes für Unterkunftskosten für Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende	1,9	3,7	3,4	3,4
Minderausgaben des Bundes für Wohngeld durch die Vereinfachung des Wohngeldrechts	-1,2	-2,5	-2,4	-2,4
Mehrausgaben der Kommunen für Unterkunftskosten für Bezieher von Sozialhilfe und bedarfsorientierter Grundsicherung	0,6	1,3	1,3	1,3
Minderausgaben der Länder für Wohngeld durch die Vereinfachung des Wohngeldrechts	-1,2	-2,5	-2,4	-2,4

Die Ausgaben des Bundes und der Länder für Wohngeld würden sich also – im Vergleich zu den erwarteten Wohngeldkosten einer Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende ohne gleichzeitige Änderung des Wohngeldgesetzes – um insgesamt rd. 2,4 Mrd. Euro in 2004, rd. 5,0 Mrd. Euro in 2005 und rd. 4,8 Mrd. Euro in 2006 und 2007 verringern.

Die Ausgaben des Bundes für Unterkunftskosten für die Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende steigen durch die Änderungen des Wohngeldgesetzes um rd. 1,9 Mrd. Euro in 2004, 3,7 Mrd. Euro in 2005 und 3,4 Mrd. Euro in 2006 und 2007. Die Ausgaben der Gemeinden für Sozialhilfe und bedarfsorientierte Grundsicherung steigen im Jahr 2004 um insgesamt rd. 0,55 Mrd. Euro und danach um rd. 1,3 Mrd. Euro im Jahr.

Der Bürger hat von dieser Änderung keine Nachteile, weil von den betroffenen Transferleistungen ohnehin die Wohnkosten gedeckt werden. Die Abschaffung des Wohngeldes beseitigt nur aufwändige finanzielle Erstattungen zwischen öffentlichen Stellen.

Auf der anderen Seite sind erhebliche Einsparungen beim Verwaltungsvollzug zu erwarten, weil aufwändige Erstattungsverfahren entfallen.

c) Haushaltsausgaben für die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende und die Reform des Wohngeldgesetzes

Die Tabelle auf der folgenden Seite (S. 89) gibt die finanziellen Auswirkungen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gleichzeitigen Änderung des Wohngeldgesetzes auf die Gebietskörperschaften und die Bundesanstalt für Arbeit wieder.

	Juli-Dez. 2004	2005	2006
	in Mrd. Euro, + Belastung/- Entlastung		
Transferleistungen	3,0	4,2	2,8
SV-Beiträge	1,1	1,5	0,9
Eingliederungsleistungen	1,3	2,0	1,3
Personal und Verwaltung	0,6	1,0	0,7
Summe	6,1	8,7	5,7
davon: vom Bund zu tragen	4,2	6,1	4,1
von den Kommunen zu tragen	1,8	2,5	1,7

Durch den Wegfall des Wohngeldes für Transferleistungsempfänger entstehen den Kommunen höhere Ausgaben für Unterkunftskosten für Empfänger von Sozialhilfe und bedarfsorientierter Grundsicherung.

Um Lastenverschiebungen zwischen den Gebietskörperschaften auf Grund der Aufgabenverlagerung zu vermeiden, wird die Umsatzsteuerverteilung zwischen Bund und Ländern entsprechend angepasst. Dabei werden den Kommunen 2004 1,9 Mrd. Euro und jeweils 2,5 Mrd. Euro jährlich ab 2005 zur Stärkung ihrer Investitionskraft und zur Verbes-

Die Bundesanstalt für Arbeit wird, wie in der nebenstehenden Tabelle (S. 89) dargestellt, um Ausgaben für Eingliederungsleistungen, Personalkosten und Unterhaltsgeld entlastet. Sie zahlt aber nach § 46 Abs. 2 des Zweiten Buches an den Bund einen Aussteuerungsbetrag für Arbeitslose, die vom Arbeitslosengeldbezug in den Bezug von Arbeitslosengeld II wechseln. Im Saldo wird die Bundesanstalt für Arbeit finanziell entlastet.

Die Bundesländer werden bei den bisher von ihnen erbrachten Eingliederungsleistungen entlastet. Durch die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende wären ihnen zusätzliche Ausgaben für Wohngeld entstanden. Durch die gleichzeitige Änderung des Wohngeldrechts entfallen diese zusätzlichen Ausgaben, außerdem entfallen Ausgaben für Wohngeld für Bezieher von Sozialhilfe und bedarfsorientierter Grundsicherung. Durch die Verminderung der Wohngeldausgaben werden die Bundesländer im Saldo entlastet. Diese Entlastung wird aber durch eine Verminderung des Umsatzsteueranteils der Länder ausgeglichen, so dass die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende und die gleichzeitige Vereinfachung des Wohngeldrechts für die Landeshaushalte kostenneutral ist.

Die Kommunen werden um die Ausgaben für erwerbsfähige Sozialhilfebezieher entlastet. Vom 1. Juli 2004 bis zum 31. Dezember 2006 entstehen ihnen Belastungen durch die Übergangsbestimmungen. Die Übergangsbestimmungen legen fest, dass alle Bedarfsgemeinschaften, die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes Sozialhilfe bezogen haben (Altfälle der Sozialhilfe), bis längstens zum 31. Dezember 2006 weiter von den Kommunen betreut werden. Nach den Bestimmungen dieses Gesetzes trägt der Bund die vollen Verwaltungsausgaben und zwei Drittel der Leistungsausgaben für diese Bedarfsgemeinschaften. In der folgenden Tabelle werden Schätzungen der Ausgaben für diesen Personenkreis in den Jahren 2004 bis 2006 angegeben (in Mrd. Euro):

serung der Kinderbetreuung belassen. Der verbleibende Kompensationsbetrag beläuft sich demnach auf 1,5 Mrd. Euro in 2004, 5,3 Mrd. Euro in 2005, 6,2 Mrd. Euro in 2006 und 7,8 Mrd. Euro in 2007.

Der Bund trägt die Kosten der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Er wird aber dadurch entlastet, dass die Gemeinden in der Übergangszeit einen Teil der Transferleistungen übernehmen. Außerdem muss der Bund nicht mehr für die Arbeitslosenhilfe aufkommen. Der Bund enthält zur weiteren Entlastung von der BA den Aussteuerungsbetrag. Durch

	Juli-Dez. 2004	2005	2006	2007
	in Mrd. Euro, + Belastung/- Entlastung			
Bundesanstalt für Arbeit				
Entlastung der BA bei Eingliederungsleistungen				
Personalkosten, Unterhaltsgeld	-3,1	-6,2	-6,2	-6,2
Belastung der BA durch Aussteuerungsquote	3,1	5,9	5,6	5,2
Saldo der Be-/Entlastung der BA	0,0	-0,3	-0,6	-0,9
Länder				
Entlastung der Länder bei Eingliederungsleistungen				
für erwerbsfähige Bezieher von HLU	-0,3	-0,5	-0,5	-0,5
Mehrausgaben der Länder für Wohngeld aufgrund				
der Einführung der Grundsicherung für Arbeit-				
suchende	0,3	0,6	0,5	0,5
Minderausgaben der Länder für Wohngeld aufgrund				
der Vereinfachung des Wohngeldrechts	-1,2	-2,5	-2,4	-2,4
Belastung der Länder durch Verminderung des Umsatz-				
steueranteils der Länder	1,2	2,4	2,3	2,4
Saldo der Be-/Entlastung der Länder	0,0	0,0	0,0	0,0
Kommunen				
Entlastung der Kommunen durch Wegfall der				
Sozialhilfeausgaben für Erwerbsfähige	-5,8	-11,6	-11,6	-11,6
Belastung der Kommunen durch die Übergangsregelung				
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	1,8	2,5	1,7	0,0
Belastung der Kommunen durch höhere Ausgaben für				
Unterkunftskosten für verbleibende Sozialhilfe-				
bezieher und Bezieher von Grundsicherung				
aufgrund der Vereinfachung des Wohngeldrechts	0,6	1,3	1,3	1,3
Belastung der Kommunen durch Verminderung des				
Umsatzsteueranteils der Länder*	1,5	5,3	6,2	7,8
Saldo der Be-/Entlastung der Kommunen				
zur Stärkung der Investitionskraft und				
zum Ausbau der Kinderbetreuung	-1,9	-2,5	-2,5	-2,5
Bund				
Belastung des Bundes durch Grundsicherung für				
Arbeitssuchende	15,2	26,3	24,2	23,7
Entlastung des Bundes durch die Übergangsregelung				
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	-1,8	-2,5	-1,7	0,0
Entlastung des Bundes durch den Wegfall der				
Ausgaben für Arbeitslosenhilfe	-6,7	-12,8	-12,2	-12,4
Entlastung des Bundes durch Kompensation von BA	-3,1	-5,9	-5,6	-5,2
Minderausgaben des Bundes für Wohngeld aufgrund				
der Vereinfachung des Wohngeldrechts	-1,2	-2,5	-2,4	-2,4
Belastung des Bundes durch höhere Ausgaben für Unter-				
kunftskosten für Bezieher der Grundsicherung				
aufgrund der Vereinfachung des Wohngeldrechts	1,9	3,7	3,4	3,4
Entlastung des Bundes durch Kompensation von				
Ländern und Kommunen (Erhöhung des Umsatz-				
steueranteils des Bundes)	-2,7	-7,7	-8,5	-10,2
Saldo der Be-/Entlastung des Bundes	1,5	-1,6	-2,7	-3,1
davon bereits in den Haushaltsplan eingestellt	1,5			
verbleibender Saldo der Be-/Entlastung				
des Bundes	0,0	-1,6	-2,7	-3,1

Annahmen: Ökonomische Eckwerte des interministeriellen Arbeitskreises der Bundesregierung von April 2003, Verminderung der Zahl der Bezieher der neuen Leistung wegen intensiverer Betreuung (Effizienzgewinne) von 15 % ab 2006.

* es wird davon ausgegangen, dass die Länder die Belastungen durch Abgabe von Umsatzsteuerpunkten bei den Kommunen refinanzieren, soweit sie nicht Entlastungen der Länder ausgleichen; vgl. Begründung zu Art. 29 und 30 zur Anpassung der Umsatzsteuerverteilung im Einzelnen

Hinweis: Abweichungen der Summen auf Grund von Rundungen möglich

die Vereinfachung des Wohngeldrechts wird der Bund um Wohngeldausgaben für Transferleistungsbezieher entlastet. Er muss aber mehr für die Unterkunftskosten der Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende ausgeben.

Der Bund wird durch die Neuverteilung der Umsatzeinnahmen kompensiert. Diese Neuverteilung der Umsatzeinnahmen ist so geregelt, dass die Kommunen um jährlich 2,5 Mrd. Euro (in 2004 um 1,9 Mrd. Euro, davon 1,5 Mrd. Euro bereits im Bundeshaushalt veranschlagt) zur Stärkung der Investitionskraft und zum Ausbau der Kinderbetreuung entlastet werden. Im Saldo verbleibt im Jahr 2005 eine Entlastung von 1,6 Mrd. Euro, im Jahr 2006 eine Entlastung von 2,7 Mrd. Euro und im Jahr 2007 eine Entlastung von 3,1 Mrd. Euro. In 2004 wird der Bund nicht entlastet.

2. Vollzugsaufwand

Die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende führt zur Einsparung von rund 1,3 Mrd. Euro Personal- und Verwaltungskosten bei den Kommunen. Diesen Einsparungen stehen entsprechende Mehraufwendungen für Personal- und Verwaltungskosten bei der Bundesagentur gegenüber. Alle internationalen Erfahrungen belegen, dass eine entscheidende Verringerung der Langzeitarbeitslosigkeit nur mit einer intensiven Betreuung möglich ist. Die Bundesregierung plant deshalb eine erhebliche Aufstockung des Personaleinsatzes für die Integration von Langzeitarbeitslosen. Angestrebt wird ein Verhältnis zwischen Fallmanagern und Leistungsempfängern von 1 : 75. Im Vergleich zu den über 34 000 bisher bei der Bundesanstalt für Arbeit für Arbeitslosenhilfe und den Sozialhilfeträgern beschäftigten Mitarbeitern ist der zusätzliche Einsatz von ca. 11 800 Mitarbeitern erforderlich, um die Betreuungsrelation von 1 : 75 zu erreichen.

Den Mehrausgaben für die zusätzlichen Fallmanager stehen deutlich höhere Einsparungen durch eine Steigerung der Effizienz bei der verwaltungsmäßigen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende gegenüber, die mittelfristig zu einem erheblichen Absinken der Zahl der Leistungsbezieher führen wird.

D. Preiswirkungsklausel

Mit zusätzlichen Kosten für die Wirtschaft, insbesondere für mittelständische Unternehmen, ist nicht zu rechnen. Negative Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind ebenfalls nicht zu erwarten.

E. Sonstige Kosten

Keine

F. Gleichstellungspolitische Bedeutung

Das Gesetz berücksichtigt die Prinzipien des „Gender Mainstreaming“. Sein Ziel ist es, geschlechtsspezifischen Nachteilen entgegenzuwirken. Das Gesetz sieht vor, dass die familienspezifischen Lebensverhältnisse von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die Kinder oder pflegebedürftige Angehörige betreuen, zu beachten sind. Hilfebedürftigen, die ein eigenes Kind oder ein Kind des Partners bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres betreuen, ist eine Arbeit nicht zumutbar. Kindern Arbeitsuchender ist bevorzugt ein Platz in einer Tageseinrichtung zur Verfügung zu stellen.



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Material

zur Information

Die Entwicklung der Regelsatzbemessung

Berlin, 20. Oktober 2009

Vorbemerkung

Jeder Bürger, der hilfebedürftig ist, hat einen Rechtsanspruch auf steuerfinanzierte Unterstützungsleistungen. Hilfebedürftigkeit liegt dann vor, wenn das eigene Einkommen einschließlich der Ansprüche gegen vorgelagerte Versicherungs- und Versorgungssysteme sowie das Vermögen nicht ausreichen, um einen Bedarf in Höhe des soziokulturellen Existenzminimums zu decken und auch Ehegatten oder Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft sowie eventuell weitere Unterhaltspflichtige keine ausreichenden Mittel zur Verfügung stellen können. Mit der Sozialhilfe wurde ein steuerfinanziertes soziales Sicherungssystem geschaffen, das jedem Bürger das Recht auf Führung eines menschenwürdigen Lebens auf dem soziokulturellen Existenzminimum unserer Gesellschaft garantiert. Der hierzu notwendige Lebensunterhalt wird im Wesentlichen durch Leistungen nach Regelsätzen, Mehrbedarfzuschlägen, einmaligen Leistungen und Übernahme der Unterkunfts- und Heizkosten im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt.

Die Höhe des notwendigen Lebensunterhaltes ist seit Einführung der Regelsätze Gegenstand der öffentlichen Erörterung. Eine objektive Bestimmung ist - wie die Rechtsprechung bestätigt - nicht möglich. Die Bestimmung der Höhe der Regelsätze steht immer auch im Spannungsfeld von notwendigem Lebensunterhalt, den Wünschen der Betroffenen, der Leistungsfähigkeit der öffentlichen Haushalte sowie den Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt (Lohnabstandsgebot). Somit sind normative Entscheidungen notwendig.

Vom Warenkorb zum Statistikmodell

Seit 1955 wurde der Regelbedarf an Fürsorgeleistungen und ab 1962 der Regelsatz der Sozialhilfe nach einem Bedarfsmengenschema bzw. „Warenkorb“ bestimmt. Experten ermittelten den Mindestbedarf, den Sozialhilfeempfänger benötigen, um ein menschenwürdiges Leben zu führen, indem sie die relevanten Güter auswählten und preislich bewerteten. 1970 wurde der „Warenkorb der Sozialhilfe“ grundlegend überarbeitet. Gleichwohl geriet das Verfahren der Auswahl der Güter, der Festlegung der dazugehörigen Verbrauchsmengen sowie deren preisliche Bewertung zunehmend in die Kritik und stellte das Warenkorbmodell in Frage.

Über eine notwendige Weiterentwicklung konnte in verschiedenen Gremien (u. a. Länder und Kommunen, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. und Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.) über zehn Jahre keine Einigung erzielt werden. Mitte der 80er Jahre entwickelte das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) im Auftrag des damals zuständigen Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Ge-

sundheit einen an statistisch belegten Verbrauchsgewohnheiten von Personen in unteren Einkommensgruppen orientierten Vorschlag zur Regelsatzbemessung. Basis hierfür war die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS). Ergänzend dazu entwickelte der Deutsche Verein ebenfalls auf Basis der EVS eine systemgerechte Ableitung der Regelsätze für sonstige Haushaltsangehörige. Auch hieran waren Vertreter der Länder, Kommunen und der Freien Wohlfahrtspflege beteiligt. Schließlich beschloss im Oktober 1989 die Ministerpräsidentenkonferenz ein auf dem tatsächlichen statistisch nachgewiesenen Verbrauch entwickeltes neues Bedarfsmessungssystem zur Festlegung der Regelsätze - das sog. Statistikmodell. Datengrundlage war die EVS 1983.

Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS)

Die EVS ist eine amtliche Statistik über die Lebensverhältnisse privater Haushalte in Deutschland. Sie liefert u. a. statistische Informationen über die Einkommens-, Vermögens- und Schulden-situation sowie die Konsumausgaben privater Haushalte. Darüber hinaus informiert die EVS über die Ausstattung mit Gebrauchsgütern und die Wohnverhältnisse privater Haushalte. Einbezogen werden dabei die Haushalte aller sozialen Gruppierungen, sodass die EVS ein repräsentatives Bild der Lebenssituation und der Konsumgewohnheiten nahezu der Gesamtbevölkerung in Deutschland zeichnet.

Die EVS wird seit 1962/63 in ca. fünfjährlichem Turnus vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern durchgeführt. Rund 0,2 Prozent aller privaten Haushalte in Deutschland werden im Rahmen der EVS befragt. Das sind insgesamt rund 75 000 Haushalte, darunter seit 1993 etwa 15 000 Haushalte in den neuen Ländern und Berlin-Ost. Die EVS ist damit die größte Erhebung dieser Art innerhalb der Europäischen Union.

Ein Vorteil der EVS gegenüber anderen Stichproben liegt in der kontinuierlichen Erhebung der Einnahmen und der Ausgaben privater Haushalte, was zu einem höheren Grad an Genauigkeit als bei retrospektiven Fragen oder bei einer Momentaufnahme nach dem Stichtagskonzept führt. Hinsichtlich der Exaktheit der Ausgaben- und Einkommenserfassung stellt die EVS die verlässlichste Datenquelle dar.

Verbrauch der unteren Einkommensgruppen als Referenzgröße für die Regelsatzermittlung

Beim Statistikmodell wird von der Annahme ausgegangen, dass die Verbrauchsgewohnheiten, die für die Gesamtbevölkerung auf Basis einer repräsentativen amtlichen Erhebung erfasst werden, auch für die Ermittlung der Verbrauchsausgaben im unteren Einkommensbereich und damit für den regelsatzrelevanten Verbrauch geeignet sind.

Um den Regelsatz zu ermitteln, muss zunächst der regelsatzrelevante private Verbrauch festgelegt werden, indem die gesamten Verbrauchsausgaben der Personen mit niedrigen Einkommen nach regelsatzrelevanten und nicht regelsatzrelevanten Ausgabepositionen differenziert werden. Diese letztlich normative Festlegung orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen

zum notwendigen Lebensunterhalt, also an dem, was für die Deckung des Grundbedarfs für das tägliche Leben, wie Ernährung, Körperpflege, Hausrat und persönliche Bedürfnisse (§ 12 BSHG, jetzt § 27 SGB XII) erforderlich ist. Durch Addition der einzelnen regelsatzrelevanten Ausgabenpositionen erhält man den Betrag, der Grundlage für die Festsetzung des Eckregelsatzes ist. Zusätzlich zu den im Regelsatz enthaltenen „laufenden“ Leistungen gab es bis Ende 2004 eine Vielzahl „einmaliger“ Leistungen.

Entwicklung des modifizierten Statistikmodells (1996 bis 2004)

Mit der Reform des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) 1996 wurde in § 22 Abs. 3 BSHG gesetzlich verankert, dass „die Regelsatzbemessung Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten zu berücksichtigen“ hat. Der Gesetzgeber hat erstmals ausdrücklich die EVS als Datengrundlage für die Bemessung bestimmt. Die Zuständigkeit für die Bemessung wurde von den Ländern auf den Bund übertragen, der auch die Regelsatzverordnung ab dem 1. Juli 1999 vorlegen sollte.

Die erforderliche nähere Ausgestaltung der Regelsatzbemessung durch Rechtsverordnung bis zum 1. Juli 1999 unterblieb jedoch, unter anderem, weil nur die EVS 1993 zur Verfügung stand. Diese war kurz nach der deutschen Einigung durchgeführt worden. Ihre Ergebnisse wurden nicht als dauerhaft repräsentativ für die Verbrauchsgewohnheiten in den neuen Ländern eingeschätzt.

Um die Vorbereitungsarbeiten weiter voran zu treiben, wurden sowohl im Bundesministerium, als auch bei der Konferenz der obersten Landes- und Sozialbehörden (KOLS), Arbeitsgruppen eingerichtet. Es konnte jedoch keine Einigung erzielt werden.

Im März 2002 hat der Deutsche Bundestag mit dem Entschließungsantrag „Fördern und Fordern - Sozialhilfe modern gestalten“ (BT-Drs. 14/7293) die Bundesregierung aufgefordert, die Regelsatzbemessung und Fortschreibung neu zu bestimmen und u. U. auch neu zu konzipieren. Auch sollten die meisten bisherigen einmaligen Leistungen in die Regelsatzbemessung einbezogen werden. Im Rahmen der Neujustierung des Bemessungssystems mussten daher alle aus der EVS abgeleiteten Verbrauchspositionen überprüft und modifiziert werden. Richtschnur für diese Prüfung war der von der Ministerpräsidentenkonferenz 1989 auf Basis der EVS 1983 gefasste Beschluss, vor allem die dort festgelegten regelsatzrelevanten Verbrauchspositionen der EVS. In das Verfahren wurden das Statistische Bundesamt sowie Sachverständige aus der Wissenschaft einbezogen.

Bei der Ermittlung der regelsatzrelevanten Ausgaben auf Basis der EVS 1998 wurde zunächst jede der in größeren Verbrauchspositionen, den sog. Abteilungen der EVS (z. B. „Nahrung, Getränke, Tabakwaren“, „Verkehr“ etc.), in Betracht kommende Einzelposition einschließlich der Ausgaben für die meisten einmaligen Leistungen (z. B. für Bekleidung und langlebige Gebrauchsgüter wie Möbel) nach ihrer Regelsatzrelevanz eingeschätzt, bewertet und rechnerisch zusammengeführt. Danach wurden Prozentanteile an den Abteilungen ermittelt. Den regelsatzrelevanten Verbrauch als Prozentanteil der jeweiligen Abteilung der EVS auszuweisen, geht auf einen Vorschlag der Sachverständigen zurück.

Reform der Regelsätze zum 1. Januar 2005

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bemessung, Aufbau und Fortschreibung der Regelsätze fest. Das Bundesministerium teilt den Ländern die Auswertungsergebnisse der EVS mit und liefert ihnen die Bemessungsgrundlage für die Festsetzung der Regelsätze. Mit Wirkung zum 1. Januar 2005 trat die neue Regelsatzverordnung in Kraft.

Als Grundlage für die Regelsatzbemessung wurden „die tatsächlichen, statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben von Haushalten in unteren Einkommensgruppen“ festgelegt (§ 28 Abs. 3 Satz 3 SGB XII). In der Regelsatzverordnung wird dies dahingehend konkretisiert, dass es sich um die Gruppe der untersten 20 Prozent ohne Sozialhilfeempfänger handeln soll. Die Herausnahme der Sozialhilfeempfänger wurde als notwendig erachtet, um Zirkelschlüsse zu vermeiden. Damit sind SGB XII-Leistungsberechtigte im Ergebnis so gestellt wie etwa ein Viertel der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Der Regelsatzbemessung aus der EVS 1998 lag sowohl für das frühere Bundesgebiet, als auch für die Neuen Länder die Verbraucherstruktur Deutschland West zugrunde.

Die Regelsätze werden durch die Länder auf der Grundlage der Regelsatzverordnung (RSV) durch eigene Rechtsverordnungen festgesetzt. Die Länder haben dabei den Freiraum zu bestimmen, ob sie ihrer Regelsatzfestsetzung die von der Bundesregierung ermittelten Werte der bundesweiten Auswertung der EVS oder aber regionale Auswertungen der EVS zugrunde legen, um landesspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen.

Zum 1. Januar 2005 setzten die Länder auf der Grundlage dieser Regelsatzverordnung die Regelsätze fest. Im früheren Bundesgebiet wurde der Eckregelsatz unter Zugrundelegung der Verbrauchsausgaben West auf 345 Euro festgesetzt. Von der Möglichkeit einer abweichenden Festsetzung hat nur Bayern durch Festsetzung eines Mindestregelsatzes von 341 Euro Ge-

brauch gemacht. In den neuen Ländern wurde der Eckregelsatz einheitlich auf 331 Euro festgesetzt. Die Regelsätze für Haushaltsangehörige wurden wie bisher vom Eckregelsatz abgeleitet. Die bisherigen vier Altersstufen wurden auf zwei reduziert. Haushaltsangehörige unter 14 Jahren erhalten 60 Prozent, Haushaltsangehörige ab 14 Jahren 80 Prozent des Eckregelsatzes. Damit wurde der bislang zu große Unterschied der Leistungen bei kleinen Kindern unter sieben Jahren (50 Prozent des Eckregelsatzes bzw. 55 Prozent bei allein Erziehenden) und älteren Kindern ab 14 Jahren (90 Prozent des Eckregelsatzes) beseitigt.

Diese Verordnung war von besonderer Bedeutung und bildete die Grundlage für die Bemessung der Regelsätze im 2005 neu geschaffenen SGB XII. Dieses ist gleichzeitig auch das Referenzsystem für die Regelleistungen nach § 20 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

Weiterentwicklung der Regelsatzbemessung zum 1. Januar 2007

Mit dem Vorliegen der Ergebnisse der EVS 2003 war der Verordnungsgeber gesetzlich verpflichtet, die Regelsatzbemessung zu überprüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln (§ 28 Abs. 3 Satz 5 SGB XII). Dabei hat sich die Bundesregierung zu einer Weiterentwicklung der Regelsatzbemessung entschieden.

Diese basiert erstmalig auf einer gesamtdeutschen Verbrauchsstruktur. 16 Jahre nach der deutschen Einheit wurde es als nicht mehr sachgerecht angesehen, an unterschiedlichen Regelsätzen für West- und Ostdeutschland festzuhalten. Darüber hinaus wurden Veränderungen im Verbraucherverhalten und Verbesserungsvorschläge berücksichtigt.

Für ganz Deutschland ergab sich ein einheitlicher Regelsatz in Höhe von 345 Euro. Die bisherige Ost-West-Differenzierung (331 Euro Ost/345 Euro West) entfiel. Eine weitere Änderung betraf die Höhe der Regelsätze bei zusammenlebenden Ehepaaren und Lebenspartnern. Bis 2006 erhielt der Haushaltsvorstand 100 Prozent des Eckregelsatzes, der Partner 80 Prozent. Seit 2007 soll jeder, wie auch schon im SGB II, 90 Prozent erhalten.

Referenzsystem für die Regelleistungen nach dem SGB II

Die Vorschriften des SGB II über die Regelleistung enthalten keine eigenen Bemessungsregelungen. § 20 Abs. 4 Satz 2 SGB II regelt, dass für die Neubemessung der Regelleistung § 28 Abs. 3 Satz 5 SGB XII entsprechend Anwendung findet. Die Höhe des Arbeitslosengeldes (ALG II) wird im Bundesgesetzblatt bekannt gegeben.

stern.de zum Mitnehmen! Für iPhone, Android und alle webfähigen Handys [Alle Infos](#)

14.01.2010

Startseite Newsletter RSS Mobil Wetter stern.de Blogs Suche Login [Deine Seite](#) [mepage](#)

[Home](#)
[Archiv](#)
[Reportage Archiv](#)
[am TV](#)
 ert von: [iou](#)

Strom aus Windenergie



Beteiligung bereits ab 2.500 EUR + Bis zu 10% p.a. Zinsen + Kurze Laufzeit von nur 3 Jahren

Private Krankenkasse 59€



Top - Testsieger Private Krankenkasse ab nur 59,- Euro! Für Selbstständige u. Freiberufler

Multimedia für unterwegs



Mit Windows phone teilen Sie Musik, Fotos, Videos und News ganz einfach mit Ihren Freunden.

sternTV | Sendung vom 28.10.2009

30. Oktober 2009, 10:49 Uhr Schrift: A A A Drucken Versenden Twittern Bookmarker [Share](#) 4

Streit um Hartz IV:

Wie viel Geld braucht eine Familie wirklich?



Zweiter Woche prüft das Bundesverfassungsgericht den Hartz-IV-Regelsatz für Kinder. Geklagt hat unter anderem Familie aus Dortmund. Sohn Tobi ist neun und hat Anspruch auf 251 Euro im Monat. Zu wenig, finden die Eltern. Wie sieht es mit dem Recht?



Perspektive: Hartz-IV-Kinder in Deutschland

Ist es richtig, dass Kinder einen geringeren Hartz-IV-Satz bekommen als Erwachsene? Nein, sagt Familie Kerber-Schiel aus Dortmund. Vater Joachim und Mutter Katrin klagen gegen den Regelsatz von 251 Euro im Monat für den neunjährigen Sohn Tobi. Begründung: Kinder brauchen keinesfalls weniger Geld für den Lebensunterhalt als Erwachsene. Eine mögliche "Milliardenklage", sollten sie Recht bekommen.

Google-Anzeige

Mehr Hartz IV bekommen...

75% der ALG2-Bescheide sind falsch. Jetzt Chance auf Nachzahlung nutzen

www.Mehr-Hartz-IV.net

Bestes Girokonto 01/2010

Kostenlos "ohne Wenn und Aber" Kein Mindesteinkang erforderlich!

www.konto-testieger.de

gungen für Arbeitslose
 tädten gibt es Pässe, mit
 eitslose für
 ivitäten wie Kino, Theater
 immbad weniger zahlen
 uch einige
 ertriebe bieten
 3 an. Außerdem können
 IV-Empfänger von den
 gebühren befreien lassen:
 fe/gebuehren/
 befreiung

Verzicht bestimmt den Alltag

Ein Beispiel, dass die Anwälte der Familie immer wieder nennen, ist der Kauf von Schuhen: Der Staat bewilligt Erwachsenen dafür zehn Euro monatlich. Kleinkinder sollen mit sieben Euro auskommen - und dass, obwohl Kinderfüße ständig wachsen, und für sie deshalb öfter neue Schuhe gekauft werden müssen als für Erwachsene.

Familie Kerber-Schiel kann sich vieles, was für die meisten Deutschen alltäglich ist, nicht leisten: Ob der Frisörbesuch, eine Fahrradreparatur oder neue Torwarthandschuhe für den fußballbegeisterten Sohn Tobi - alles ein finanzielles Unding für die Familie. "Auch die Geburtstage unserer Kinder sind oft peinlich für uns", erzählt Mutter Katrin. Letztes Jahr sollte Tobi seine Freunde in eine Fußballhalle einladen dürfen. "Wir mussten das aber wieder absagen", sagt Katrin Kerber-Schiel - aus finanziellen Gründen.

1631 Euro für fünf Personen

Katrin Kerber-Schiel ist gelernte Altenpflegerin, arbeitet aber seit Jahren nicht mehr. Die 40-Jährige bekommt 90 Prozent des Hartz-IV-Regelsatzes, der zurzeit 359 Euro beträgt. Ihr Mann hat eine Teilzeitstelle als Lagerarbeiter. Sein Gehalt reicht aber nicht für den Lebensunterhalt - und wird daher mit den Arbeitslosengeld-II-Bezügen verrechnet. Zusammen erhält das Ehepaar 646 Euro Hartz-IV-Stütze im Monat. Dazu kommen je 251 Euro für Sohn Tobi und die zwölfjährige Tochter Sharon - das sind 70 Prozent des Regelsatzes eines Erwachsenen - und 215 Euro für den zwei Jahre alten Jeremy.

Insgesamt hat die Familie damit ein Einkommen von 1631 Euro zur Verfügung. Außerdem zahlt der Staat die Miete der Kerber-Schiels. Große Sprünge seien damit aber nicht drin: "Wir kaufen keine Markenprodukte, kaufen nur beim Discounter und immer wird geschaut, wo es am günstigsten ist", sagt die Mutter.

Trotzdem meinen viele, der finanzielle Abstand zwischen Hartz IV und Geringverdienern ist zu klein, um für das Arbeiten zu motivieren. Stimmt das? *stern* TV hat nachgerechnet - am Beispiel der Geringverdienerfamilie Irgert.

etz
 : gibt es viele Seiten für
 mpfänger - mit
 n Tipps und Anleitungen:

das Arbeitslosengeld II
 rtz-IV in etwa ausfallen
 en Sie mit einem
 Rechner auf dem
 ortal "Biallo"
 in - unter:
 .de

linweise rund um das
 attliche Hilfen gibt es
 Bundesministerium für
 Soziales sowie beim
 nlinienministerium unter:
 :bmfsfj.de oder
 s.de

3 Datenbank mit Urteilen,
 ngen und Formularen
 load sowie ein großes
 Arbeitslose gibt es unter:
 itslosen.info


r Hilfe und Tipps von
 rbeitslosen finden Sie
 unter
 itslosenselbsthilfe.org.

[zurück](#)

1 2

[weiter](#)

auf Fragen zum
Hartz IV, Sozialhilfe
hält es auf den
juristischen
Seiten: www.sozialhilfe24.de

Schlagwörter powered by  WeFind
Hartz Dortmund Kindergeld

Drucken Versenden [Share](#) 4 [Twittern](#) [Bookmarker](#)

KOMMENTARE (10 von 439)

sinahoney (29.10.2009, 17:47 Uhr)
[@Luna-Artemis](#)

dann sollten Sie etwas dafür tun...

[Beitrag melden](#)

num121212 (29.10.2009, 17:40 Uhr)

[@olli198](#)

Wenn man schon einen Artikel per CP hier reinpostet, dann sollte man auch erwähnen woher: <http://www.gegen-hartz.de>
Ganz toll. Da kann ich mir bei den Seiten der Energiebetreiber ganz objektive und unabhängige Argumente nachlesen, warum die Energiepreise alle rechts sind.

[Beitrag melden](#)

Luna-Artemis (29.10.2009, 17:39 Uhr)

Ja, das Geld müsste eigentlich reichen, wenn die Eltern anständig damit umgehen würden. Aber sie wollen ja genauso viel die Familien die arbeiten.

[Beitrag melden](#)

sinahoney (29.10.2009, 17:21 Uhr)

[@Luna-Artemis](#)

danke, demnach haben Eltern mit 3 Kindern ohne jegliche Arbeit 1365 euro zum Leben...

und Das reicht arbeitslosen Eltern nicht???

[Beitrag melden](#)

sinahoney (29.10.2009, 17:18 Uhr)

[@kinderkinder](#)

seh ich genauso...

[Beitrag melden](#)

Luna-Artemis (29.10.2009, 17:01 Uhr)

[@EausOldenburg](#)

wie viel OHNE MIETE UND OHNE TEILJOB steht denn einer Familie bestehend aus Vater Mutter und 3 Kindern zu???

323,00 Mutter
323,00 Vater
Kindergeld 498,00
2 x Kinder 87,00
1 x Kind 47,00

[Beitrag melden](#)

kinderkinder (29.10.2009, 17:00 Uhr)

noch mal zum abschluss

habe jetzt nochmal die ganzen neuen beiträge gelesen.

noch mal von vorne.

Jeden kann es treffen, das er arbeitslos wird. kenne selbst einige und wie man beim beispiel quelle sieht, kanns auch sehr schnell gehen.
wenn einer keine arbeit mehr bekommt (alter, krankheit etc) sagt ja auch keiner was, die meisten haben auch viele jahre einbezahlt. aber was diese familie gestern abgesehen hat ist einfach eine unverschämtheit. sie leben auf unsere kosten, halten sich einen kleinen zoo und jammeren, das sie für ihre kinder kein geld haben.

in meiner familie kommen zuallererst meine kinder und dann kommt lange nichts. ich verzichte liebend gern auf vieles, nur, dass meine kinder vernünftig ausgewogen essen, gut gekleidet und auch sonst gut versorgt sind. danach kommen erst mal wir. würden wir für unsere kinder nicht mehr genug geld zur verfügung haben, würden wir zuerst das rauchen sein lassen, dann würden unsere zwei haustiere wegkommen und dann würden wir schauen wo wir noch einsparen können. und außerdem braucht ein kind nicht jeden monat neue schuhe, denn für eine saison passen auch im wachstum schuhe.
meine kinder sind auch im wachstum und ich kaufe bestimmt nicht jeden monat neue schuhe.

[Beitrag melden](#)

sinahoney (29.10.2009, 16:42 Uhr)

im Prinzip möchte ich nur sagen das ich es für angemessen halte was der Staat einer 5 Köpfigen Familie zahlt um Leben zu können...

wenn es trotzdem den Kindern an etwas fehlt gibt es genug Alternativen um Dies zu ändern...

Lebensmittel= fernünftig kochen
Hygieneartikel=nicht immer das Beste
Telefon= Flatrate
Kleidung= Flohmarkt Ebay usw.
Strom= nicht Alles an lassen

einfach lernen zu sparen...
Umdenken...

dann kann man sich zwischendurch auch etwas leisten!!!

ich weiß Das aus eigener Erfahrung meiner damaligen Arbeitslosigkeit!!!!

[Beitrag melden](#)

EausOldenburg (29.10.2009, 16:42 Uhr)

sinahoney (29.10.2009, 16:36 Uhr)

ich weiß nicht wirklich warum wir Beide hier diskutieren, wir vertreten doch die selbe Meinung!! genau das habe ich mehrmal geschrieben. Es geht hier doch um eine Grundsicherung, das sehe ich doch genauso!!! Luxus sollte nicht finanziert werden, wirds auch

nicht! Es ging mir darum das die berechnung falsch war und es ein falsches Bild gibt und das es so verallgemeinert wird. Habe eben selbst geschrieben das genau diese Familie von Gesetzn Abend....von mir kein Geld bekommen würde..die sollen sehen das die Kinder haben was sie brauchen.....und dazu muss man in so einer Situation auch evtl sich von eiem oder anderen Tier trennen, frage mich sowieso wieviele Tiere die haben wenn sie monatl.150Euro für die Tiere brauchen. Ich habe ien Katze und 2 Kaninchen,kosten im Monat 30 Euro was zum teil auch von taschengeld mit finanziert wird..So ihr Lieben,danke für das gespräch und einen schönen tag noch!!

[Beitrag melden](#)

sinahoney (29.10.2009, 16:36 Uhr)
@EausOldenburg

Unsinn...
es geht einfach darum das der vorherige Lebensstil nun mal nicht durch den Staat weiterhin geleistet werden kann...
wenn doch, höre ich sofort auf zu arbeiten wenn mir dann alles was ich jetzt besitze und wofür ich mein Geld ausgabe weiterhin gestellt wird...

Hilfebefürftig zu sein ist keine Schande!!!

wenn es um Kinder und ihre Bildung geht unterschreib ich gerne, nur sollte das nicht in Form von Bargeld sein...

[Beitrag melden](#)

[Alle Kommentare](#)

[Mehr Kommentare](#)

[Zur Sendungs-Übersicht](#)

[MEHR ZUM ARTIKEL](#)

Hartz-Haft, aber lecker

Gut kochen - trotz Hartz IV

Martina Streibel ist ausgebildete Tontechnikerin, leidenschaftliche Köchin - und seit sieben Jahren arbeitslos. Unermüdlich sucht sie nach einem Job, absolviert Praktika und nimmt sogar 1,50-Euro-Jobs an. Umsonst. Doch dann hat sie eine Idee. [mehr...](#)

Sätze, Zahlen, Hintergründe

Das bekommen Hartz-IV-Empfänger

Hartz-IV-Stütze auf dem Prüfstand: Drei Familien klagen vor dem Bundesverfassungsgericht gegen die Hartz-IV-Regelsätze für Kinder. Sie fordern mehr Geld vom Staat? Zu Recht? Wie viel Geld bekommt ein Hartz-IV-Empfänger? Was steht Kindern zu - und welche Kritik gibt es? *stern* TV gibt Antworten auf die wichtigsten Fragen zum Thema. [mehr...](#)

"Kinder sind die Zukunft"

Alles über die Arbeit der "Arche"

Eine warme Mahlzeit, sinnvolle Freizeitbeschäftigung, Hilfe bei den Hausaufgaben und vor allem viel Zuneigung und Aufmerksamkeit: Das Kinderhilfsprojekt "Arche" holt Kinder aus sozialen Brennpunkten von der Straße - und findet nicht nur bei den Kleinen großen Zuspruch. Erfahren Sie hier alles über die Arbeit der "Arche". [mehr...](#)

Vergünstigungen

Hier bekommen Arbeitslose Ermäßigungen

Krankenkassenbeiträge, Rundfunkgebühren oder der Eintritt ins Schwimmbad. Für Arbeitslose gibt es verschiedene Vergünstigungen. Hier finden Sie eine Liste, welche Angebote Sie in Anspruch nehmen können. [mehr...](#)

[EXTRA ARCHIV](#)

Rechtsirrtümer

Das ist doch erlaubt - oder?

Staatsanwalt zum Videothekenmord 1993

"Ein Mörder wurde freigesprochen"

Butler Lothar Herzog erzählt

So war Erich Honecker wirklich

stern TV-Test

Was wissen Sie über die DDR?

Anna berichtet live bei Günther Jauch

Amoklauf in Sankt Augustin verhindert

[MEHR ZUM THEMA](#)

Hartz-IV-Kinder zahlen für ihre Eltern

So ungerecht geht es zu in Deutschland

powered by  WeFindpowered by  WeFind

© stern.de: Streit um Hartz IV: Wie viel Geld braucht eine Familie wirklich?

Impressum [stern.de-Jobs](#) [Sitemap](#) [AGB](#) [Datenschutz](#) [Netiquette](#) [Werben auf stern.de](#) [Werben im stern](#) [E-Mail an die stern.de-Redaktion](#)Weitere Online-Angebote des Verlagshauses G+J AG & Co KG: [Börse Online](#) [Brigitte.de](#) [Capital.de](#) [FTD.de](#) [Gala.de](#) [GEO.de](#) [Impulse.de](#)
[SZ-online.de](#)[G+J-Glossar](#) [Partner-Angebote](#)

Rubriken	stern-Online-Welt	Ratgeber	Tools	Top-Themen	Services
Politik	VIEW	Allergie	Partnersuche	Bilder des Tages	Newsletter
Panorama	shortlist	Diabetes	Headhunter	Wahl 2009	RSS-Feeds
Sport	Blogs	Erkältung & Grippe	Bankenvergleich	Geldanlage	Mobil
Kultur	sternTV	Ernährung	Gehaltsrechner	Versicherung	iPhone
Wirtschaft	Archiv	Haut	Arbeitsrecht-Datenbank	Energiesparen	Twitter
Auto	Shop	Kopfschmerzen	Unterhaltsrechner	Miete	Bildschirmschoner
Gesundheit	Hefte	Kinderkrankheiten	Scheidungsrechner	Südafrika	Toolbar
Lifestyle	Wissen	Rücken	Versicherungsvergleich	New York	iGoogle
Digital	Wetter	Schlaf	Gasanbieter-Vergleich	Männermode	Netvibes
Wissen		Zähne	Stromanbieter-Vergleich	Bundesliga	Facebook
Reise			DSL-Vergleich	Formel 1	
			Stellenangebote	Jahresrückblick	
				Webreporter	



Expertise



Was Kinder brauchen ...
Für eine offene Diskussion über
das Existenzminimum für Kinder
nach dem Statistikmodell gemäß § 28 SGB XII (Sozialhilfe)

Inhalt

Vorwort: Lasst uns handeln!

Heidi Merk, Vorsitzende des Paritätischen Gesamtverbandes	III
---	-----

Was Kinder brauchen...

Zur Begründung, zum Projektdesign und den fachlichen Konsequenzen aus der Expertise

Dr. Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Gesamtverbandes	V
--	---

Expertise: Zur Bestimmung eines bedarfsgerechten Existenzminimums für Kinder nach dem Statistikmodell gemäß § 28 SGB XII (Sozialhilfe)

Dr. Rudolf Martens und andere, Paritätische Forschungsstelle	XI
--	----

Zusammenfassung:

Bedarfsgerechte Regelsätze bzw. Existenzminima für Kinder und Jugendliche	3
--	----------

1. Einführung:	
Die dreifache Kritik des Paritätischen am bestehenden Regelsatzsystem	9
2. Bestimmung von Regelsätzen für Kinder und Jugendliche	11
2.1 Datengrundlage: Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 (EVS 2003) und die Ableitung von Regelsätzen	11
2.2 Alterseinteilung	15
2.3 Ableitung von Kinderbedarfen	15
3. Kritische Betrachtung einzelner Verbrauchspositionen	19
3.1 Überprüfung einzelner Bedarfspositionen anhand bedarfstheoretischer Überlegungen	19
3.2 Auflistung und Begründung der Auffüllbeträge	19
3.3 Korrekturbedarf aus Sicht des Paritätischen	22
3.3.1 Auffüllbeträge für die Altersgruppe bis unter 6 Jahre	
3.3.2 Auffüllbeträge für die Altersgruppe von 6 bis unter 14 Jahre	
3.4 Differenzierung der Einzelbedarfe: Besondere Einmalleistungen sowie Infrastruktur und Investitionsbedarf	26
3.4.1 Besondere Einmalleistungen	
3.4.2 Infrastruktur und Investitionsbedarf	

4.	Kinderregelsätze und Preisentwicklung 2003 bis 2008	29
4.1	Sozialpolitisch fragwürdige Folgen der Fortschreibung des Regelsatzes durch die Bundesregierung	29
4.2	Entwicklung eines regelsatzspezifischen Preisindex	31
4.3	Ergebnisse: Anpassung der Kinderregelsätze an die Preisentwicklung zwischen 2003 und 2008	33
Impressum	.....	42

Vorwort

Lasst uns handeln!

Liebe Leserinnen und Leser,

Kinderarmut ist Familienarmut. Familien und insbesondere Alleinerziehende sind in unserem Land arm dran: Mehr als jede dritte allein erziehende Mutter oder jeder dritte allein erziehende Vater ist von Armut betroffen. Jeder fünfte Paarhaushalt mit Kindern in Deutschland lebt in Armut. Die Kinderarmut liegt in unserem Land sinkenden Arbeitslosenzahlen und wirtschaftlichem Aufschwung zum Trotz bei 26 Prozent. Jedes vierte Kind in Deutschland lebt damit in Armut.

Doch was bedeutet „Kinderarmut“ in einem reichen Land wie Deutschland? Garantieren nicht soziale Sicherungssysteme das „materielle Existenzminimum“, also das physische Überleben, durch die Bereitstellung der notwendigen Mittel? Was braucht ein Mensch denn mehr als Nahrung, Kleidung, ein Dach über dem Kopf und die nötige medizinische Versorgung? „Und Bildung gibt es für die Kleinen ja obendrauf noch kostenfrei!“ könnte der geneigte Zyniker ergänzen.

Keiner wird bestreiten, dass die Folgen von Einkommensarmut weit über das Materielle hinausreichen. Wenn jedes vierte Kind in Deutschland in Armut lebt, dann heißt das auch: Diese Kinder wachsen in einem Umfeld auf, das von Mangel, Ausgrenzung und oft auch Hoffnungslosigkeit geprägt ist. Jedes vierte Kind in Deutschland kann noch nicht einmal auf bescheidenstem Niveau teilhaben an dem, was für seine Klassenkameraden und Klassenkameradinnen selbstverständlich ist. Jedes vierte Kind in Deutschland wird im schlimmsten Fall seiner Bildungschancen beraubt und damit auch später kaum Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben.

„Kinder sind unsere Zukunft“ – wird so oft in der Politik gesagt. Grund genug, uns zu fragen: Was braucht ein Kind wirklich, um sich seinen Bedürfnissen entsprechend zu entwickeln, sich auszuprobieren, Kraft und Talente zu trainieren? Was braucht ein Kind, damit es mutig und gut vorbereitet losziehen kann, um seine eigene und letztendlich unsere Zukunft gestalten zu können? Diese Fragen wurden bisher so nicht gestellt.

Seit langem fordert der Paritätische die Einführung eines eigenen bedarfsgerechten Kinderregelsatzes, der nicht nur das physische Überleben sichert, sondern jedem Kind die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Dabei wissen wir: Geld ist nicht alles, es bedarf auch entsprechender Infrastruktur – für Bildung, Betreuung, Kultur und ein anderes Bewusstsein für die Kinder in unserer Gesellschaft.

In der vorliegenden Expertise geht es uns um mehr als um die Frage, wie hoch ein bedarfsgerechter Kinderregelsatz auf Euro und Cent genau hinter dem Komma sein soll. Wir wollen eine öffentliche Diskussion zu der Frage anstoßen: Was brauchen Kinder? Diese Frage muss Grundlage und Ausgangspunkt aller Überlegungen zur Bekämpfung von Kinderarmut sein. Wir geben in dieser Expertise erste Antworten darauf. Und wir schlagen ein Modell vor, wie sich kindgerechte Bedarfe berechnen und in einen bedarfsgerechten Regelsatz übertragen lassen. Alle sind jetzt gefordert, sich ebenfalls der Frage zu stellen und sich in eine gesamtgesellschaftliche Debatte einzubringen: Politik, Verwaltung, Zivilgesellschaft, die Eltern selbst. Wir müssen uns darüber austauschen, was Kinder brauchen, wir müssen einen Konsens finden. Um unserer Kinder willen brauchen wir endlich eine klare Antwort. Ohne wenn und aber. Also: handeln wir!

Herzliche Grüße
Ihre



Heidi Merk

Vorsitzende des
PARITÄTISCHEN Gesamtverbandes

Was Kinder brauchen...

Zur Begründung, zum Projektdesign und den fachlichen Konsequenzen aus der Expertise „Zur Bestimmung eines bedarfsgerechten Existenzminimums für Kinder nach dem Statistikmodell gemäß § 28 SGB XII (Sozialhilfe)“.

Dr. Ulrich Schneider ,
Hauptgeschäftsführer des PARITÄTISCHEN Gesamtverbandes

211 Euro sind es, die Kindern bis 14 Jahren im Hartz IV Bezug im Monat zustehen. 281 Euro sind es für die älteren Kinder. Mit Ausnahme der Wohnkosten sind so gut wie sämtliche Ausgaben des täglichen Bedarfes von diesem Geld zu bestreiten: Ernährung, Kleidung, Spielzeug, Schulmaterial, Beiträge im Sportverein, Kosten für Musikunterricht, Nachhilfestunden, der gelegentliche Besuch im Theater, Kino oder im Zoo. Dies und vieles mehr soll und kann mit 211 Euro im Monat bezahlt werden, glauben wir der Bundesregierung und den Beamten, die ihnen die entsprechenden Verordnungen schreiben. Nicht nur das physische Existenzminimum sei mit 211 Euro gewährleistet, auch die Teilhabe an Kultur, Sport und Bildung sei sichergestellt.

Als Kind auf Hartz IV angewiesen zu sein, bedeutet auf gesellschaftliche Teilhabe und Bildung weitgehend verzichten zu müssen.

Die Alltagserfahrung zeigt jedoch: Es ist schlechterdings unmöglich, Kinder mit diesem Budget gesellschaftliche Normalität wenigstens auf allerbescheidenstem Niveau zu ermöglichen. Wir wissen aus Erfahrung und auch einschlägige Statistiken belegen: Als Kind auf Hartz IV angewiesen zu sein bedeutet, auf gesellschaftliche Teilhabe und Bildung weitgehend verzichten zu müssen. Gesellschaftliche Ausgrenzung aufgrund materieller Armut ist die bittere Konsequenz. Der Mitgliedsbeitrag im Sportverein ist ebenso wenig zu bezahlen, wie etwa der Musikunterricht. Der Eintritt in den Zoo wird unerschwinglich. Zusätzliche Ausgaben für Schulprojektwochen werden zur unerträglichen Belastung für die Haushaltskasse. Stehen Klassenausflüge ins Theater oder andere Aktivitäten an, die mit Kosten verbunden sind, heißt es verschämt: Mein Kind ist gerade krank oder hat kein Interesse.

Als ein Verband, der mitten im Leben steht, übt der Paritätische daher seit langem massive Kritik nicht nur an der Höhe der Regelsätze bei Hartz IV, sondern insbesondere auch an der Tatsache, dass es bis heute keinerlei eigenständige Bedarfsberechnungen für Kinder gibt.

Grundlage der Berechnung der Regelleistungen nach Hartz IV ist das Ausgabeverhalten der untersten 20 Prozent auf der Einkommensskala. Als Datengrundlage dient die alle fünf Jahre erhobene Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes. Betrachtet werden ausschließlich Alleinlebende, bei denen naturgemäß Rentnerinnen und Rentner relativ stark vertreten sind. Dabei wird jedoch das Ausgabeniveau

dieser untersten Einkommensgruppen nicht einfach komplett übernommen. Vielmehr werden von den rund 130 Ausgabepositionen, die die Statistik umfasst – von Nahrungsmitteln über Topfpflanzen bis zum Fernseher – diejenigen abgezogen, von denen man denkt, dass sie einem Hartz IV-Bezieher ohnehin nicht zustehen (so etwa Ausgaben für Schmuck und Uhren, Urlaub oder Bildung). Andere Ausgabepositionen werden aus dem gleichen Grund relativ willkürlich gekürzt (so etwa für außerhäusliche Verpflegung).

Was in diesem Warenkorb übrig bleibt, ergibt den Regelsatz für Erwachsene, derzeit 351 Euro.

Kinder brauchen anderes

Was nun die Leistungen für Kinder anbelangt, wird schlicht festgesetzt, dass einem Kind bis 14 Jahren 60 Prozent und ab 14 Jahren 80 Prozent der Leistungen eines Erwachsenen zustehen. Dass Kinder nicht einfach kleine Erwachsene sind und dass Kinder offensichtlich ganz andere Bedürfnisse und Bedarfe haben als Erwachsene, wird bewusst ignoriert.

In der absurden Konsequenz werden dem Säugling somit regierungsamtlich zwar 11,90 Euro für Tabak und alkoholische Getränke zugerechnet, jedoch nichts für Windeln. Für Spielzeug werden 62 Cent im Monat errechnet, für Schreibwaren und Zeichenmaterial 1,66 Euro, für den Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen 3,83 Euro im Monat. Ausgaben für Nachhilfe, außerschulischen Unterricht u. ä. werden komplett gestrichen.

Umso fataler wird dieses Kleinrechnen von Bedarfen, als mit der Einführung von Hartz IV im Jahre 2005 die Möglichkeit, einmalige Leistungen zu gewähren, fast gänzlich gestrichen wurde.

In ganz besonderen Ausnahmefällen können von der Bundesagentur für Arbeit auch Darlehen gewährt werden, die jedoch von dem ohnehin nur unzureichenden Regelsatz in monatlichen Raten abgezahlt werden müssen.

Der mit Hartz IV eingeführte, neue Regelsatz sollte für so gut wie alle Lebenssituationen hinreichend sein. Diesem Umstand ist es zuzuschreiben, dass wir nunmehr in der Regelsatzberechnung auf geradezu skurril anmutenden Kleinstbeträge stoßen: 68 Cent monatlich für den Kauf von Fahrrädern, 1,04 Euro für die Anschaffung von Sportartikeln, 2,44 Euro monatlich für die Anschaffung eines Fernsehgerätes – obwohl völlig unbestritten sein dürfte, dass es bei dem gegebenen

Leistungsniveau unter Bedarf gänzlich ausgeschlossen ist, für derlei Anschaffungen irgendwelche Ansparleistungen erbringen zu können.

Die unter Fachleuten und sogar im Bundesrat mittlerweile unstrittige Forderung nach eigenen Kinderregelsätzen wird regierungsseitig entweder mit dem Argument zurückgewiesen, dass man dadurch einen Präzedenzfall schaffen könne, der weitere gruppenspezifische Regelsätze nach sich ziehe, oder aber mit Verweis auf methodische Probleme, die die Berechnung eines Kinderregelsatzes unmöglich machten.

Letzteres in Zweifel ziehend, beauftragte der Paritätische Wohlfahrtsverband seine Forschungsstelle mit der Erarbeitung eines Konzeptes für einen kinderspezifischen Regelsatz. Aus pragmatischen Gründen und um an einen politischen Konsens anknüpfen zu können, sollte es sich so weit wie möglich an der Herleitung der Regelsätze für Erwachsene anlehnen.

**Dem Säugling werden
regierungsamtlich
zwar 11,90 Euro für Tabak
und alkoholische Getränke
zugerechnet,
jedoch nichts für Windeln.**

Mit der aktuell vorgelegten Expertise von Dr. Rudolf Martens und anderen zur Bestimmung eines bedarfsgerechten Kinderregelsatzes nach dem Statistikmodell wird zweierlei klar gestellt:

1. Die Errechnung von Kinderregelsätzen auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe ist zwar methodisch anspruchsvoll, da die Statistik nur sehr begrenzt spezifische Ausgaben für Kinder ausweist, jedoch durchaus möglich.
2. Die derzeitige Ableitung der Kinderbedarfe als prozentualer Abschlag vom Regelsatz für Erwachsene geht eklatant an der Bedarfsstruktur von Kindern und Jugendlichen vorbei und führt im Ergebnis zu Leistungssätzen, die weit unterhalb des tatsächlichen Mindestbedarfes von Kindern zur Teilhabe an dieser Gesellschaft liegen.

Kinder brauchen mehr

Den Herleitungsprinzipien der Bundesregierung für den Regelsatz für Erwachsene folgend – Statistikmodell und durchgehende Pauschalierung aller Leistungen – müsste der Kinderregelsatz deutlich über den amtlichen 211 Euro (bis unter 14 Jahre) und 281 Euro (ab 14 Jahre bis unter 18 Jahre) liegen.

Die Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe speziell auf Kinder hin ergibt vielmehr:

- für Kinder bis unter 6 Jahren 276 Euro,
- für Kinder von 6 bis unter 14 Jahren 332 Euro,
- und für über 14- bis unter 18-Jährige 358 Euro.

Die deutlich höheren Beträge resultieren insbesondere aus folgenden Umständen:

1. Wenig überraschend ergibt eine Überprüfung des Ausgabeverhaltens für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke für Kinder und Jugendliche eine ganz deutliche Untererschätzung beim amtlichen Regelsatz. Die Vorstellung, dass ein 13-jähriges Kind lediglich 60 Prozent und ein 17-jähriger Jugendlicher lediglich 80 Prozent des Lebensmittelbedarfes eines Erwachsenen haben sollte, ließ ohnehin Plausibilität vermissen. Tatsächlich muss der Ansatz für Lebensmittel bei den 14- bis unter 18-Jährigen um 27 Prozent und bei den 6- bis unter 14-Jährigen um 16,3 Prozent erhöht werden (von 103,76 Euro auf 131,89 Euro bzw. von 77,82 Euro auf 90,54 Euro). Lediglich bei den 0- bis unter 6-Jährigen sind die Ergebnisse aus der Expertise nahezu identisch mit dem Kostenansatz des offiziellen Regelsatzes (76,85 Euro/77,82 Euro). (s. Martens **Grafik 1.2** und **1.3**, Expertise S. 6 und 7)
2. Auch überrascht nicht, dass der Ansatz für Bekleidung und Schuhe bei einer bedarfsspezifischen Herleitung des Kinderregelsatzes

deutlich höher ausfällt als bei der Bundesregierung. So muss der entsprechende Ansatz bei den 6- bis unter 14-Jährigen um 82 Prozent und bei den 0- bis unter 6-Jährigen immer noch um 55 Prozent angehoben werden, um die notwendigen Ausgaben von 38 bzw. 32 Euro im Monat zu decken. Auch hier geht die regierungsamtliche Logik, wonach Kinder lediglich einen Bruchteil des Bedarfes an Kleidung und Schuhwerk eines Erwachsenen haben, für unterste Einkommensgruppen deutlich an der Realität vorbei. Vielmehr findet sich auch in diesem Falle die Alltagserfahrung statistisch bestätigt: Aufgrund des Wachstums der Kinder liegt der größte Bedarf bei den 6- bis unter 14-Jährigen.

3. Zu deutlich höheren Beträgen führt die genauere Betrachtung der Kosten für den Verkehr. Die relativ hohen Abschläge, die die Regelsatzverordnung an dieser Position vornimmt, werden damit begründet, dass sämtliche Kfz-Kosten nicht regelsatzrelevant seien. Selbst wenn man sich dieser Auffassung anschließen sollte, muss zugestanden werden, dass im Falle des Verzichtes auf das Auto Kosten für die Nutzung anderer Verkehrsmittel anfallen. Mit den in der Regelsatzverordnung zugestandenen 9,43 Euro bzw. 12,58 Euro lassen sich jedoch nicht einmal die vielerorts anfallenden Kosten für eine Schülermonatskarte im öffentlichen Nahverkehr decken.
4. Die relativ größte Abweichung zwischen Regelsatzverordnung und Expertise zeigt sich in der Kostenposition „Freizeit, Unterhaltung und Kultur“. Hauptgrund dafür ist, dass diese Ausgabengruppe u. a. sehr kindspezifische Einzelpositionen enthält, die durch die Fokussierung der amtlichen Berechnungen auf Erwachsenenhaushalte entweder gar nicht adäquat erfasst werden konnten, oder aber gleich ganz gestrichen wurden. So billigt die Bundesregierung Kindern für Spielzeug rechnerisch beispielsweise 62 Cent im Monat zu, während sich die tatsächlichen Ausgaben

im untersten Einkommensbereich bei den 0- bis 6-Jährigen auf 18,51 Euro und bei den 6- bis unter 14-Jährigen auf 20,78 Euro belaufen. Die Kosten für außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern, die seitens der Bundesregierung gar nicht berücksichtigt werden, fallen ebenfalls in diese Abteilung.

5. Für den Bereich Bildung fallen in der Ausgabenstatistik je nach Altersgruppe zwischen 5,81 Euro und 23,60 Euro an, die bei der offiziellen Regelsatzberechnung komplett gestrichen wurden.
6. In der Ausgabenabteilung „Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen“ bleiben sowohl bei den Berechnungen der Bundesregierung als auch in der Expertise die Ausgaben für „außerhäusliche Unterbringung“ unberücksichtigt. Dennoch kommt die Expertise zu einem deutlich höheren Wert. Dies rührt insbesondere daher, dass bei den Positionen „Ausgaben für Speisen und Getränke in Restaurants und an Imbissständen“ sowie „in Kantinen und Mensen“ regierungsseitig Abschläge von jeweils 50 Prozent vorgenommen werden (wobei der verbleibende Betrag bei Kindern dann noch einmal auf 60 Prozent gekürzt wird). In der vorliegenden Expertise wurden die entsprechenden und ohnehin sehr gering bemessenen Ausgaben für Kinder nicht weiter gekürzt. Ein Betrag von beispielsweise 1,85 Euro in der Woche für einen 5-jährigen Jungen oder ein 5-jähriges Mädchen kann umgerechnet in Eis, Pizza oder Imbiss nicht als üppig gelten, zumal auch bei vielen Ausflügen mit der Schule oder in anderen Zusammenhängen geradezu erwartet wird, dass das Kind Geld für diesen Zweck erhält.

Kinder brauchen Verschiedenes

Wie bereits erwähnt, wurde bei der statistischen Bedarfsermittlung aus Gründen der Vergleichbarkeit in der Expertise auch das Konzept der vollständigen Pauschalierung aller Leistungen übernommen. Gleichwohl ist diese hochproblematisch. So weist die Statistik im untersten Einkommensquintil bspw. für die 6- bis unter 14-Jährigen für Nachhilfeunterricht durchschnittliche Ausgaben von 4,83 Euro im Monat aus. Unabhängig davon, dass die Fallzahlen der Statistik zu diesem Punkt im Grunde genommen für eine belastbare Aussage zu gering sind, stellt sich das Problem, ob ein solcher Betrag einem Kind, das wirklich Nachhilfe benötigt, weiterhilft.

Pauschalierungsfähig sind nur solche Leistungen bzw. Bedarfe, die regelmäßig wiederkehren, die als typisch für die Anspruchsgruppe angesehen werden können und die eine relativ homogene Preis- bzw. Kostenstruktur aufweisen. Daher gehören Wohnungsreparaturen, Hausratanschaffungen, der Kauf von Fernsehern, aber beispielsweise auch der Nachhilfeunterricht oder die Kosten für die Einschulung nicht in die Pauschale für die Ausgaben des täglichen Bedarfs. Derartige Bedarfe sind einmalig oder sehr unregelmäßig, sie betreffen z. T. nur einen kleineren Teil der Kinder oder können sehr spezifisch sein, so dass sie unabhängig vom laufenden Bedarf des Alltags als einmalige oder atypische Leitungsansprüche zu behandeln sind.

Die vorliegende Expertise von Dr. Martens hat die EVS auch unter diesem Aspekt auf den Prüfstand gestellt und sämtliche Ausgabepositionen, die im Grunde nicht in die Pauschale gehören, herausgerechnet.

Das Ergebnis: Würde die Möglichkeit der Gewährung einmaliger und atypischer Leistungen wieder eingeführt werden, könnten eine ganze Reihe von Positionen dorthin verlagert werden. Der aus einem solchen „bereinigten Warenkorb“ resultierende Regelsatz würde für die unter 6-Jährigen 254 Euro, für die 6- bis unter 14-Jährigen 297 Euro und für die 14- bis unter 18-Jährigen 321 Euro betragen. (s. Martens **Tabelle 3.8**, Expertise S. 41)

Kinder brauchen Konkretes

Um ein weiteres könnte der dem Statistikmodell zugrunde liegende Warenkorb bereinigt werden, wenn nur die entsprechende Infrastruktur zur gesellschaftlichen Teilhabe der Kinder vorhanden wäre. Auch hierzu liegen mit der Expertise konkrete Berechnungen vor.

Von der freien Nutzung des öffentlichen Personenverkehrs, über Familienpässe, die zum stark verbilligten, freien, oder limitierten freien Eintritt in Museen, Kultur- oder Sportveranstaltungen berechtigen, bis hin zu Vereinbarungen mit Sportvereinen ließe sich eine ganze Palette von Maßnahmen denken, die sowohl den pauschalierten Regelsatz entlasten, als auch eine zielgenaue Bedarfsdeckung sicherstellen könnten. Dies betrifft insbesondere die Position „außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern“, „Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen bzw. -einrichtungen“, „Kinderbetreuung“ u. ä. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die aktuelle öffentliche Diskussion um Schulspeisungen und tatsächliche Lernmittelfreiheit.

Unter der theoretischen Annahme, dass eine solche bedarfsdeckende Infrastruktur vor Ort tatsächlich vorgehalten und Geldleistungen überflüssig wären, würde der Regelsatz (im besten Versorgungsfall) für Kinder unter 6 Jahren nur noch 217 Euro betragen, für 6- bis unter 14-Jährige 250 Euro und für 14- bis 18-Jährige 290 Euro. Von einer solchen infrastrukturellen Versorgungslage sind wir jedoch in Deutschland leider noch sehr weit entfernt.

Konsequenzen

Deutlich wird: Wie immer man rechnet und wie gut hier und da Infrastrukturleistungen geregelt sein mögen: Der derzeitige Regelsatz für Kinder bis 14 Jahre von 211 Euro und für Jugendliche von 281 Euro ist in seiner Herleitung ausschließlich dem Umstand geschuldet, dass zu keinem Zeitpunkt Anstrengungen unternommen wurden, sich mit den tatsächlichen Bedarfen von Kindern auseinanderzusetzen.

Die derzeitige Herleitung der Regelsätze für Kinder passiert bewusst im Blindflug. Denn alle wissen: Die Augen zu öffnen, kostet Geld.

Dennoch können die sich aus der Expertise ergebenden fachlichen Konsequenzen nur lauten:

1. (Wieder)Einführung der Möglichkeit zur Gewährung einmaliger und atypischer Leistungen.
2. Erhöhung der Regelsätze für 0- bis unter 6-Jährige auf 254 Euro, für 6- bis unter 14-Jährige auf 297 Euro, für 14- bis unter 18-Jährige auf 321 Euro.
3. Dynamisierung der Kinderregelsätze anhand der Lebenshaltungskosten und nicht mehr wie derzeit anhand der Rentenentwicklung.
4. Ausbau der Infrastruktur für Kinder und Jugendliche vor Ort – insbesondere in den Bereichen Bildung, Kultur und Sport – und Schaffung von kostenfreien bzw. stark kostenreduzierten Zugängen für Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Haushalten.

Zu keinem Zeitpunkt wurden Anstrengungen unternommen, sich mit den tatsächlichen Bedarfen von Kindern auseinanderzusetzen.

Expertise

Zur Bestimmung eines bedarfsgerechten Existenzminimums für Kinder nach dem Statistikmodell gemäß § 28 SGB XII (Sozialhilfe)

Verfasser:

Dr. Rudolf Martens

unter Mitarbeit von

Marion von zur Gathen,
Dr. Ulrich Schneider,
Joachim Rock,
Gwendolyn Stilling und
Norbert Struck

© Bertrand Chavin – fotolia.com



Zusammenfassung

Bedarfsgerechte Regelsätze bzw. Existenzminima für Kinder und Jugendliche

Der amtliche Regelsatz und die Regelsatzverordnung im Sozialgesetzbuch XII haben bislang keine Bedarfsmessung für Kinder vorgesehen. Entsprechend wurden die Kinderregelsätze normativ vom Erwachsenenregelsatz abgeleitet: Für Kinder bis unter 14 Jahren waren 60 Prozent vorgesehen und für 14- bis unter 18-Jährige 80 Prozent des jeweils geltenden Erwachsenenregelsatzes.

In der Fachwelt wurde dies schon lange kritisiert und insbesondere der Paritätische hat seit 2004 die Regierung angemahnt, endlich Kinderbedarfe zu ermitteln. Bis heute ist allerdings nicht erkennbar, ob sich die Regierung in dieser Angelegenheit bewegt – obwohl es inzwischen in allen Parteien Stimmen gibt, die sich für die Ermittlung von Kinderregelsätzen aussprechen.

Um die sozialpolitische Diskussion voranzubringen, legt der Paritätische mit dieser Expertise einen Vorschlag zur Ermittlung und zur Höhe von Kinderregelsätzen vor. Bei dem gewählten Verfahren lehnt sie sich – um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten – eng an die Verfahrensweise der Bundesregierung zur Ermittlung von Erwachsenenregelsätzen an. Datengrundlage für die Ermittlung von Kinderbedarfen wie Erwachsenenbedarfen ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) aus dem Jahre 2003. Da die EVS 2003 nur sehr wenig kindspezifische Verbrauchsausgaben ausweist, mussten einige methodische Schwierigkeiten überwunden werden.

Dies war insbesondere möglich, weil das Statistische Bundesamt in zwei grundlegenden Veröffentlichungen aus dem Jahre 2002 und 2006 (s. Fußnote 14) die Probleme der Bedarfsableitung von Kindern anhand von Familienverbrauchsdaten gelöst hat. Hierzu wurden auch drei Gutachten genutzt, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Problem der Ableitung von Kinderanteilen aus Verbrauchsdaten von Haushalten in Auftrag gegeben hat (s. Fußnote 16).

Ein weiterer zu beachtender Punkt ist das Alter der Bezugsdaten: Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe stammt aus dem Jahre 2003 – seit dieser Zeit hat es insbesondere ab Anfang 2007 eine sehr rasante Preisbewegung nach oben gegeben, gerade in den regelsatzrelevanten Bereichen wie Nahrungsmittel, Wohnen (Stromkosten) und Verkehr. Die Erhöhungen, die die Bundesregierung für ihren Regelsatz vorgenommen hat, orientiert sich am Rentenwert: Dies ist aber sozialpolitisch verfehlt, da sich die Rentenhöhe als Versicherungsleistung weder am Bedarf noch am Bedürftigkeitsprinzip orientiert. Aus diesem Grund hat der Paritätische den Weg gewählt, die anhand der EVS 2003 bestimmten Kinderregelsätze entsprechend den Preisbewegungen bis Juli 2008 hochzurechnen. Dies kann jedoch nur anhand von regelsatzspezifischen Preisindizes geschehen, da der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte monatliche Preisindex in seiner Zusammensetzung erheblich von der Zusammensetzung der hier ermittelten Kinderregelsätze abweicht.

Die Ergebnisse der Paritätischen Berechnungen finden sich in **Grafik 1.1** und **Tabelle 1.1** wieder. Zweierlei ist zu erkennen: Zum einen hat der Paritätische eine andere Alterseinteilung vorgenommen, so werden drei Altersstufen zwischen 0 bis unter 18 Jahre ausgewiesen und nicht zwei wie im Falle der amtlichen Regelsätze, und zum anderen ergeben sich wesentlich höhere Kinderregelsätze gegenüber den Regelsätzen der Bundesregierung. Dies kann man insbesondere an der Visualisierung in **Grafik 1.1** erkennen.

Grafik 1.1:

Dargestellt sind in der Abbildung die bestehenden Regelsatzhöhen (rot) sowie die Regelsatzhöhen, die vom Paritätischen vorgeschlagen werden (blau), entsprechend den Altersaufteilungen. Die Regelsatzverordnung (rot) kennt für Kinder und Jugendliche nur zwei Regelsatzhöhen, die sich auf die Altersgruppen zwischen 0 und unter 14 Jahre und von 14 Jahren bis unter 18 Jahren beziehen; demgemäß ist der Regelsatzsprung beim Überschreiten der Schwelle bei 14 Jahren mit 70 Euro recht hoch, anders ausgedrückt: der Regelsatz steigt hier schlagartig um ein Drittel. Die Regelsatzhöhen und Altersdifferenzierungen des Paritätischen (blau) lassen zwei Tendenzen erkennen: zum einen liegen sie deutlich oberhalb des Niveaus der bestehenden Regelsätze, zum zweiten sind die Übergänge von einer Altersklasse zur anderen weniger stark ausgeprägt als im bestehenden System.

Datenquelle: eigene Berechnungen und Regelsatzverordnung.

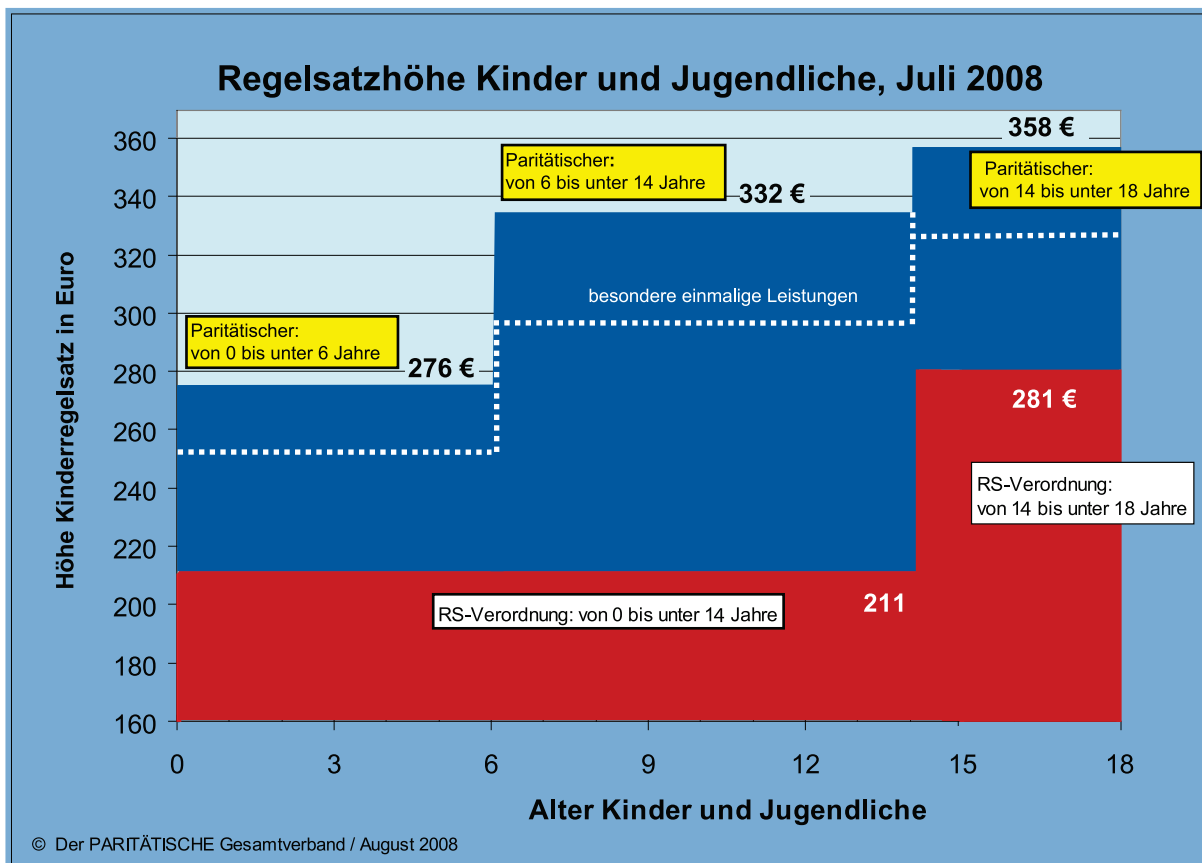


Tabelle 1.1:

Regelsätze nach der bestehenden Regelsatzverordnung und nach Berechnungen des Paritätischen

Datenquelle: Eigene Berechnungen und Regelsatzverordnung.

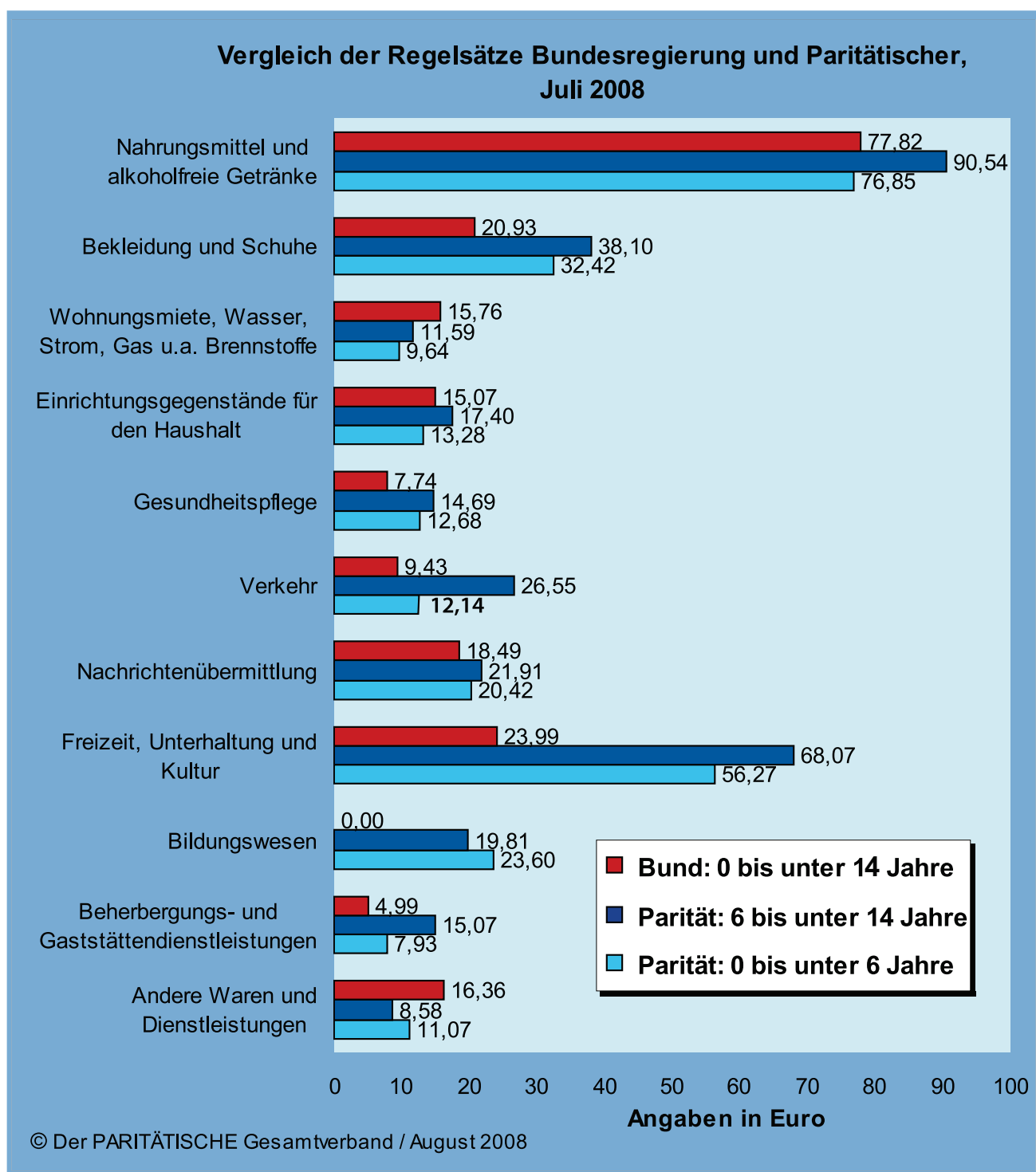
Alterseinteilung	Paritätischer Vorschlag 2008		Bundesregierung	
	Regelsatz Januar 2005	Regelsatz Juli 2008	Regelsatz Januar 2005	Regelsatz Juli 2008
unter 6 Jahre	263	276	207	211
6 bis unter 14 Jahre	314	332		
14 bis unter 18 Jahre	334	358	276	281
Erwachsene (1. Person)	409	440	345	351

In den **Folgegrafiken 1.2 und 1.3** wird die Zusammensetzung der vom Paritätischen vorgeschlagenen Kinderregelsätze mit der Regelsatzzusammensetzung der Bundesregierung in den einzelnen Verbrauchspositionen verglichen. Dabei zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede bei den Positionen Nahrungsmittel, Bekleidung und Schuhe, Gesundheitsausgaben, Verkehrsausgaben und insbesondere auch im Bereich Freizeit, Unterhaltung und Kultur. Im Falle des Bildungswesens enthält der Regelsatz der Bundesregierung keine Beträge. Auch hieran wird deutlich, dass eine normative Ableitung von Kinderbedarfen aus einem Erwachsenenregelsatz nicht sachgerecht und angemessen ist.

Grafik 1.2:

Zusammensetzung der Paritätischen Kinderregelsätze für die Altersgruppen 0 bis unter 6 und 6 bis unter 14 Jahre im Vergleich mit der Regelsatzzusammensetzung der Bundesregierung für Kinder von 0 bis unter 14 Jahre, abgeleitet vom Erwachsenenregelsatz.

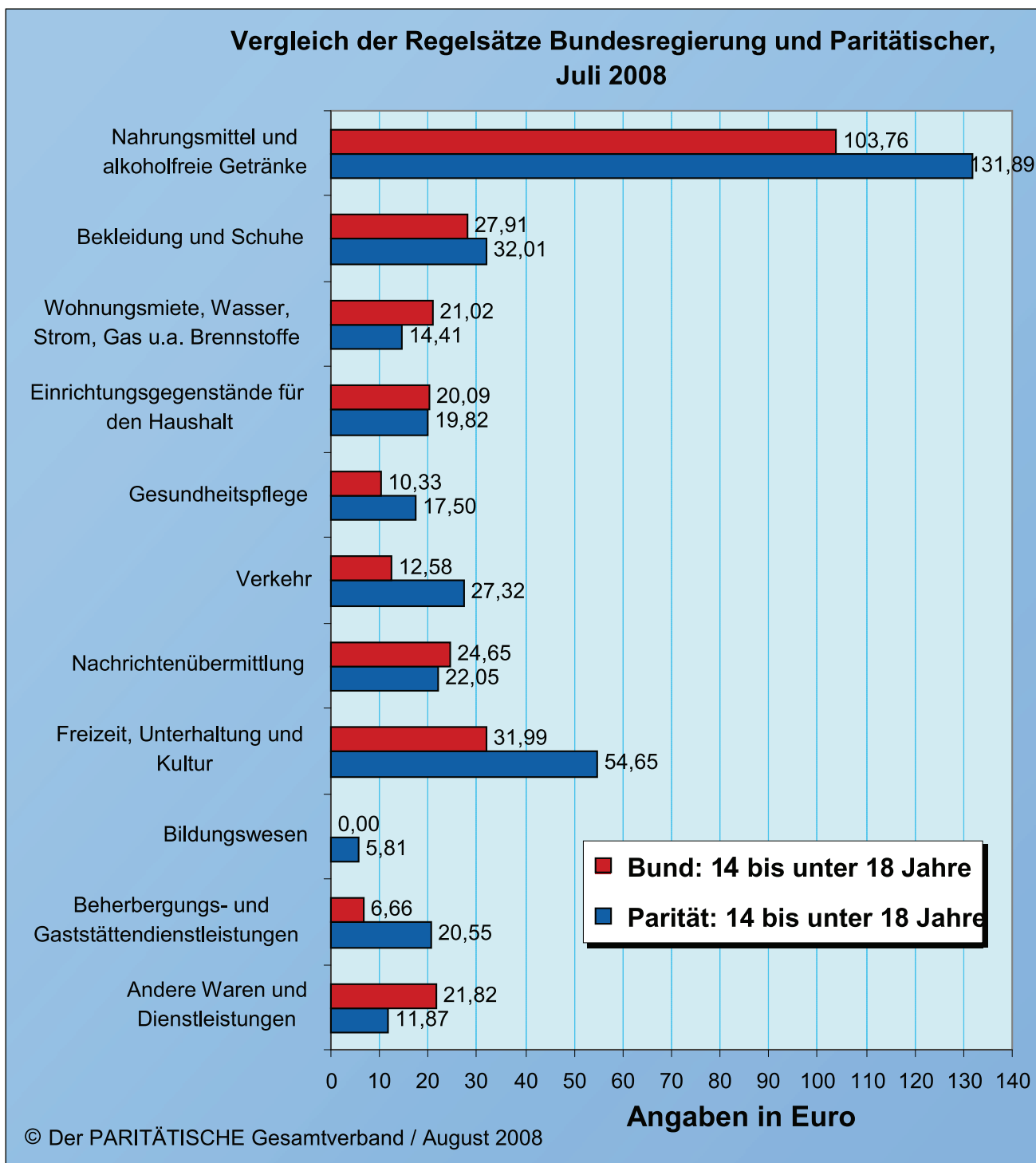
Datenquelle: EVS 2003, BT-Ausschussdrucksache 16(11)286 (s. Fußnote 6) und eigene Berechnungen.



Grafik 1.3:

Zusammensetzung der Paritätischen Kinderregelsätze für die Altersgruppe 14 bis unter 18 Jahre im Vergleich mit der Regelsatzzusammensetzung der Bundesregierung für Kinder von 14 bis unter 18 Jahre, abgeleitet vom Erwachsenenregelsatz.

Datenquelle: EVS 2003, BT-Ausschussdrucksache 16(11)286 (s. Fußnote 6) und eigene Berechnungen.



1. Einführung

Die dreifache Kritik des Paritätischen am bestehenden Regelsatzsystem

Der Regelsatz ist für das deutsche Sozialsystem eine ganz wichtige Grundgröße. Er bestimmt das, was das „sozio-kulturelle Existenzminimum“ abdecken soll und damit zur Führung eines menschenwürdigen Lebens notwendig ist. Der Bund legt Inhalt, Bemessung und Aufbau der Regelsätze in einer Regelsatzverordnung fest.

Der Regelsatz bestimmt nicht nur die Höhe der Sozialhilfe: Niveau und Struktur von Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) und Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld¹ sind im Wesentlichen gleich gestaltet. Dasselbe gilt für die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.² Auch für Leistungsempfänger in Einrichtungen ist der Regelsatz der Maßstab an dem sich der Barbetrag zur persönlichen Verfügung (Taschengeld, § 35 SGB XII) orientiert. Darüber hinaus richten sich die Grund- und Kinderfreibeträge in der Einkommenssteuer – das steuerlich zu verschonende Existenzminimum – nach dem im Sozialhilferecht anerkannten Mindestbedarf.³ Weitere Bereiche, in die der Regelsatz allerdings nicht unmittelbar hineinwirkt, sind der Kinderzuschlag (§ 6a Bundeskindergeldgesetz), die Pfändungsfreigrenzen in der Zivilprozessordnung (§§ 850, 850a ff. ZPO), das Unterhaltsrecht (§1612a BGB) und Unterhaltsvorschussgesetz sowie das Asylbewerberleistungsgesetz. Damit hat ein großer Anteil der deutschen Wohnbevölkerung direkt oder indirekt etwas mit dem Regelsatz zu tun.

Der Paritätische kommt aufgrund seiner Analysen zum Ergebnis, Regelsatzverordnung und die auf den Regelsatz bezogenen Bestimmungen im SGB II und SGB XII müssen dringend reformiert werden. Zu den Regelsatzverordnungen für 2005⁴ und 2006⁵ wurden unterschiedliche Expertisen und Gutachten⁶ vorgelegt. Im Folgenden werden die wesentlichen Kritikpunkte nach einer Darstellung der bisherigen Regelsatzverordnungen resümiert.

Der Paritätische ist mit drei wesentlichen Kritikpunkten und Forderungen an die Öffentlichkeit getreten:

Regelsatzhöhe unzureichend

Der Paritätische hatte bereits im Dezember 2004 die Verabschiedung der damaligen Regelsatzverordnung massiv kritisiert. In einer Expertise konnte er nachweisen, dass die einzelnen Ausgabepositionen zu niedrig angesetzt sind. Grundsätzlich kritisierte der Paritätische das intransparente und der Öffentlichkeit entzogene Verfahren der Regelsatzberechnung. Unter uneingeschränkter Offenlegung seiner Berechnungs-

¹ Die Sätze für das ALG II und Sozialgeld werden allerdings nicht von den Ländern, sondern vom Bund festgesetzt. In § 20 Abs. 4 SGB II heißt es: „Die Regelleistung [...] wird jeweils zum 1. Juli eines Jahres um den Vorhundertstaus angepasst, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert. Für die Neubemessung der Regelleistung findet § 28 Abs. 3 Satz 5 des Zwölften Buches entsprechend Anwendung.“ In diesem Satz des SGB XII heißt es: „Die Bemessung wird überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt, sobald die Ergebnisse einer neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vorliegen.“

² Die zum 1. Januar 2003 eingeführte Grundsicherung ist als Viertes Kapitel in das SGB XII integriert.

³ Siehe Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluß vom 25. September 1992, vgl. Nachrichten-dienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), Heft 12/1992, S. 413 ff.

⁴ Martens, Rudolf (2004): Die ab Januar 2005 gültige Regelsatzverordnung (RSV) und der Vorschlag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für einen sozial gerechten Regelsatz als sozialpolitische Grundgröße.- In: „Zum Leben zu wenig ...“. Für eine offene Diskussion über das Existenzminimum beim Arbeitslosengeld II und in der Sozialhilfe, Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband

⁵ Martens, Rudolf (2006): Expertise: Der Vorschlag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für einen sozial gerechten Regelsatz als sozialpolitische Grundgröße. Neue Regelsatzberechnung 2006.- Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband

⁶ Martens, Rudolf (2007): Existenzminimum und Kinderregelsätze.- In: Informationen für Einelternefamilien, Nr. 4 (Oktober/November/Dezember) 2007

Martens, Rudolf (2008): Hartz-IV-Regelsatz und Preisentwicklung: Vorschlag für einen spezifischen Preisindex zur Anpassung der Regelsätze.- In: Soziale Sicherheit, 2/2008, S. 68-73

Martens, Rudolf (2008a): Gutachten zur Überprüfung der Höhe des Münchner Sozialhilferegelgesetzes.- Der Paritätische Gesamtverband, 15. Februar 2008

Martens, Rudolf (2008b): Gutachten zur Überprüfung der Höhe des Sozialhilferegelgesetzes im Landkreis München.- Der Paritätische Gesamtverband, 15. Februar 2008

grundlagen kam der Paritätische bei seiner Neuberechnung 2006 zu dem Ergebnis, dass der Regelsatz – der Methodik des vom Gesetzgeber vorgesehenen Statistikmodells folgend – am 1. Juli 2006 um 20 Prozent von 345 auf 415 Euro angehoben werden muss, um bedarfsdeckend zu sein. Darüber hinaus muss der Regelsatz anhand von Daten für Zwei-Personenhaushalte und Haushalten mit Kindern überprüft werden.

Regelsatzfortschreibung *unangemessen*

Neben der Höhe und Struktur des Regelsatzes wurde vor allem auch seine *Fortschreibung* kritisiert. Der Regelsatz wird nämlich *nicht* entsprechend eines an ihn angepassten Preisindex fortgeschrieben, vielmehr ist er an den Rentenwert gebunden. Zu erwarten ist, dass der Rentenwert künftig – wenn überhaupt – kaum noch steigen wird. In Folge wird der Realwert des Regelsatzes sinken, wenn die Kopplung an den Rentenwert nicht aufgehoben wird. Die Philosophie der stattgefundenen und künftig zu erwartenden Rentenreformen verträgt sich nicht mit Bedarfs Gesichtspunkten im untersten Netz des Sozialstaates. Die gesetzliche Rente (und damit der Rentenwert) ist als Versicherungsleistung weder bedarfsorientiert noch bedürftigkeitsabhängig: Von der Sache her ist es sozialpolitisch und fachlich falsch, den Regelsatz an den Rentenwert zu koppeln.⁷

Bedarfsermittlung für Kinder *fehlt*

Die Regelsatzverordnung und das SGB XII sehen keine Bedarfsmessung für Kinder vor. Die Regelsatzhöhe bei Kindern und Heranwachsenden wird nicht – wie der Erwachsenenregelsatz – in der Regelsatzverordnung, sondern in § 28 Abs. 1 SGB II bestimmt. Die Regelleistung beträgt bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 60 Prozent und von 14 bis unter 18 Jahre 80 Prozent des nach § 20 Abs. 2 SGB II maßgebenden Regelsatzes. Somit werden die Regelsätze für Kinder und Heranwachsende normativ vom Erwachsenenregelsatz abgeleitet. Mit anderen Worten: Der Gesetzgeber überprüft mit diesem Verfahren ausdrücklich nicht das Verbrauchsverhalten bzw. die spezifischen Bedürfnisse von Kindern, vielmehr verlässt er sich darauf, dass die normativ abgeleiteten Regelsatzhöhen bedarfsdeckend sind.

Nach Berechnungen des Paritätischen ist bereits der Regelsatz für Erwachsene nicht bedarfsdeckend. So ist auch nicht zu erwarten, dass die davon normativ abgeleiteten Regelsatzhöhen für Kinder und Heranwachsende bedarfsdeckend sind. Der Paritätische fordert seit 2004 eine eigenständige Untersuchung der Kinderbedarfe zur Ermittlung des Existenzminimums von Kindern und Heranwachsenden. Des weiteren hält der Paritätische die normativ vorgegebene Altersaufteilung für nicht sachgerecht.

⁷ vgl. Martens, Rudolf (2008a), S. 36-46, 60

2. Bestimmung von Regelsätzen für Kinder und Jugendliche

Bei der Entwicklung von Vorschlägen des Paritätischen für Kinderregelsätze wurde ein Verfahren angewendet, das sich so weit wie möglich an das regierungsamtliche sogenannte Statistikmodell zur Herleitung der Regelsätze für Erwachsene anlehnt. Der Paritätische stellt so eine grundsätzliche Vergleichbarkeit der Regelsätze in zwei Richtungen sicher: Zum einen werden die Paritätischen Regelsätze für Kinder und Erwachsene nach vergleichbaren Methoden ermittelt, zum anderen besteht wiederum eine enge Vergleichbarkeit zu den amtlichen Regelsatzhöhen.

Der Regelbedarf und der Inhalt der Regelsätze werden in § 28 SGB XII bestimmt.⁸ Der Aufbau der neuen Regelsätze unterscheidet sich gegenüber dem bis 2005 geltenden Bundessozialhilfegesetz – gemäß § 22 (BSHG) – in folgenden Punkten: Im Rahmen einer typisierenden Betrachtungsweise werden jetzt die meisten bisherigen einmaligen Leistungen für Hilfebedürftige (z. B. notwendige neue Winterstiefel oder Ersatz eines defekten Kühlschranks) in den Regelsatz integriert. Darüber hinaus werden nur in drei Fällen nicht pauschalierbare einmalige Leistungen weiterhin gewährt. Gemäß § 31 Abs. 1 SGB XII sind dies „Erstaussstattungen für Wohnungen“, „Erstaussstattungen für

Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft“ und „mehrtägige Klassenfahrten“.⁹ Bei einem sonstigen einmaligen Bedarf – wenn beispielsweise die Waschmaschine defekt ist – muss dies der Bezieher jetzt von seinem Sozialgeld- bzw. Arbeitslosengeld II bzw. aus seinem Ersparnis bezahlen oder dafür ein Darlehen bei der Stelle beantragen, die für die Leistung zuständig ist (nach § 37 SGB XII).¹⁰

2.1 Datengrundlage: Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 (EVS 2003) und die Ableitung von Regelsätzen

Datengrundlage zur Bemessung der Regelsätze ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes (§ 28 Abs. 3 SGB XII). Im fünfjährigen Turnus werden dabei rund 0,2 Prozent aller privaten Haushalte in Deutschland zu Einnahmen und Ausgaben, Wohnsituation, Ausstattung mit technischen Gebrauchsgütern sowie Vermögen und Schulden befragt. Das sind insgesamt rund 75.000 Haushalte, darunter etwa 15.000 Haushalte in den neuen Bundesländern. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an der EVS besteht nicht, d. h. alle Haushalte nehmen auf freiwilliger Basis teil. Im früheren Bundesgebiet findet die EVS seit 1962/63 statt, in den neuen Ländern und Berlin-Ost seit 1993.¹¹

8 § 28 Regelbedarf, Inhalt der Regelsätze: (1) 1Der gesamte Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts außerhalb von Einrichtungen mit Ausnahme von Leistungen für Unterkunft und Heizung und der Sonderbedarfe nach den §§ 30 bis 34 wird nach Regelsätzen erbracht. 2 Die Bedarfe werden abweichend festgelegt, wenn im Einzelfall ein Bedarf ganz oder teilweise anderweitig gedeckt ist oder unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht.

(2) 1Die Landesregierungen setzen durch Rechtsverordnung die Höhe der monatlichen Regelsätze im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 40 fest. 2 Sie können die Ermächtigung auf die zuständigen Landesministerien übertragen.

3 Die Träger der Sozialhilfe können ermächtigt werden, auf der Grundlage von festgelegten Mindestregelsätzen regionale Regelsätze zu bestimmen.

4 Die Festsetzung erfolgt erstmals zum 1. Januar 2007 und dann zum 1. Juli eines jeden Jahres, in dem eine Neubemessung der Regelsätze nach Absatz 3 Satz 5 erfolgt oder in dem sich der Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert.

(3) 1Die Regelsätze werden so bemessen, dass der Bedarf nach Absatz 1 dadurch gedeckt werden kann.

2 Die Regelsatzbemessung berücksichtigt Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten.

3 Grundlage sind die tatsächlichen, statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben von Haushalten in unteren Einkommensgruppen.

4 Datengrundlage ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. 5Die Bemessung wird überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt, sobald die Ergebnisse einer neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vorliegen.

9 § 31 Einmalige Bedarfe: (1) Leistungen für 1. Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten, 2. Erstaussstattungen für Bekleidung und Erstaussstattungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie 3. mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen werden gesondert erbracht.

10 § 37 SGB XII Abs. (2) lautet: Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt kann die Rückzahlung des Darlehens in monatlichen Teilbeträgen in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Eckregelsatzes von der Leistung einbehalten werden.

11 Das Stichprobensoll in Höhe von 74 600 Haushalten (je Quartal rund 18 650 Haushalte, dies entspricht einem Auswahlatz von insgesamt etwa 0,2 % der Erhebungsgesamtheit des Mikrozensus 2000). Ausgehend von einem Stichprobensoll in Höhe von 74 600 Haushalten, betrug die Zahl der teilnahmebereiten Haushalte am Jahresanfang 59 713. Am Jahresende 2003 lag die Zahl der Erhebungseinheiten mit verwertbaren Angaben bei 53 432. Bezogen auf die Anzahl der zu Jahresbeginn teilnahmebereiten Haushalte ergibt sich daraus eine Ausfallquote in Höhe von 11 %; Statistisches Bundesamt: EVS - Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren Fachserie 15 Heft 3

Die Ergebnisse der EVS bilden eine wichtige Datengrundlage für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, für die nationalen Aktionspläne zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung sowie für die Bemessung des regelsatzrelevanten Verbrauches im Rahmen der Sozialhilfe und künftig von Sozialgeld und Arbeitslosengeld II.

Im System der amtlichen Statistik werden die Ergebnisse der EVS über die Konsumausgaben der privaten Haushalte für die Neufestsetzung des „Wägungsschemas“¹² der Verbraucherpreisstatistik verwendet und dienen als Datenbasis für die Verwendungsrechnung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung.¹³

Folgendes Verfahren wird von der Bundesregierung angewendet, um die Referenzgruppe zu bestimmen, deren Verbrauchsausgaben für die Zusammensetzung des Regelsatzes herangezogen wird:

Bestimmungsschritte der Bundesregierung zur Ermittlung von Regelsätzen für Erwachsene:

(1) In einem ersten Schritt werden aus der Gruppe der Ein-Personen-Haushalte die Sozialhilfeempfänger herausgenommen.

(2) Die unteren 20 Prozent der nach ihrem Nettoeinkommen geschichteten Ein-Personen-Haushalte werden aus der EVS separiert. Diese separierten Haushalte bilden dann die zu betrachtende Referenzgruppe. Deren Aufwendungen für den privaten Verbrauch sind Grundlage für die Bestimmung der Verbrauchspositionen, die in den Regelsatz einfließen sollen.

(3) Im dritten Verfahrensschritt werden die 12 Abteilungen mit insgesamt 133 Unterpositionen untersucht und gewichtet, zu welchen Anteilen die Güter und Dienstleistungen in den Regelsatz einfließen sollen.

Für die Ermittlung der regelsatzrelevanten Verbrauchsausgaben führt das Statistische Bundesamt die geschilderte Sonderauswertung der unteren 20 Prozent der Haushalte – ohne Sozialhilfeempfänger – für die Bundesregierung durch, auf deren Basis die Regelsatzbemessung alle fünf Jahre neu erfolgen soll. In der Zeit zwischen zwei vorliegenden EVS-Auswertungen werden die Regelsätze anhand des Rentenwertes angepasst.

Das beschriebene Verfahren der Bundesregierung zur Bestimmung von Regelsätzen für Erwachsene muss jedoch modifiziert werden, um Regelsätze für Kinder abzuleiten zu können. Insbesondere müssen die spezifischen Verbrauchsausgaben von Kindern ermittelt werden, was methodisch anspruchsvoll ist, da die EVS nur wenige spezifische Ausgaben für Kinder ausweist (s. Kapitel 2.3).

¹² Wägungsschema = Gewichtungsfaktor für einzelne Verbrauchsgruppen, aus denen der amtliche Preisindex des privaten Verbrauchs zusammengesetzt ist

¹³ Die Frageprogramme der EVS und der Laufenden Wirtschaftsrechnungen (LWR) sind eng aufeinander abgestimmt. Zusammen bilden die in fünfjährigem Turnus erhobene EVS und die jährlich durchgeführten LWR das Erhebungssystem der Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte. Die einleitenden Erhebungsteile beider Erhebungen (EVS: Einführungsinterview, LWR: Allgemeine Angaben) enthalten jeweils Fragen zur Ausstattung mit Gütern der „Informations- und Kommunikationstechnologie“ (IKT), so dass hier ein gewisser Bezug zur Erhebung über die Nutzung von IKT in Privathaushalten gegeben ist. Weiterer inhaltlicher Bezug besteht zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, die – ebenso wie die Wirtschaftsrechnungen – Einkommen und privaten Konsum abbilden, sowie zur Preisstatistik im Rahmen der Festsetzung der Wägungsschemata auf Basis der Konsumstruktur der EVS. Statistisches Bundesamt: Aufgabe, Methode und Durchführung – Fachserie 15 EVS 2003 – Heft 7

Anstelle von Ein-Personenhaushalten werden deshalb vom Paritätischen Paarhaushalte mit einem Kind unter 18 Jahre untersucht. Die Beschränkung auf diese Familienform hat den Vorteil, auf einfache und eindeutige Weise Kinderbedarfe in Abhängigkeit vom Alter zu bestimmen.

Bei der Herleitung des Kinderregelsatzes vom Ausgabeverhalten von Ein-Kind-Familien kann methodisch der Einwand erhoben werden, Synergieeffekte bei Geschwistern nicht zu berücksichtigen. Obwohl dieser Einwurf im Grundsatz richtig ist, können Einsparpotentiale im Zusammenhang mit den vorgelegten Berechnungen faktisch aus mehreren Gründen vernachlässigt werden: Die Ausgabenposition mit dem größten Sparpotential, Wohnkosten nämlich, ist nicht regelsatzrelevant und geht damit nicht in die Berechnungen ein. Bei der quantitativ bedeutsamen Ausgabenposition „Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke“ sind ohnehin bereits Discountpreise als Vergleichsmaßstab angesetzt. Hinsichtlich der Verpackungsgrößen dürften zudem synergetische Effekte bei einem Drei-Personenhaushalt weitgehend ausgereizt sein. Eine ganze Reihe weiterer Ausgabenpositionen enthalten keine Einsparmöglichkeiten. So beispielsweise der Besuch von Veranstaltungen, außerschulischer Unterricht, Mitgliedschaft in Sportvereinen, aber auch Schuhwerk. Bei den verbleibenden Ausgabenpositionen mit Synergiepotential wie beispielsweise Kleidung, Spielzeug oder Elektrogeräte bleibt das Ausgabevolumen im untersten Quintil – den zur Bestimmung von Kinderregelsätzen herangezogenen Haushalten – derartig gering, dass sie das Ergebnis nicht wesentlich beeinflussen.

In folgenden Schritten werden Kinderregelsätze abgeleitet:

Bestimmungsschritte des Paritätischen zur Ermittlung von Regelsätzen für Kinder:

- (1) Bereinigung des Datensatzes um alle Haushalte mit einem Einkommen unterhalb einer festgelegten Sozialhilfeschwelle (1.250 Euro, s. Kapitel 2.3, Seite 15 ff). Allerdings wurden auch Vergleichsrechnungen für alle Haushalte vorgenommen.
- (2) Eine Einteilung der Haushalte nach dem Alter der Kinder- und Jugendlichen muss vorgenommen werden, die der Entwicklung der Kinder gemäß ist und die von der Datenlage her möglich ist.
- (3) Aus den Verbrauchsangaben der EVS 2003 müssen die Kinderverbräuche abgeleitet werden.
- (4) Die Verbrauchsausgaben für einzelne Positionen werden in einem letzten Schritt auf ihren regelsatzrelevanten Anteil hin überprüft.

Tabelle 2.1:

Die EVS 2003 unterteilt den privaten Konsum in 12 Abteilungen mit insgesamt 133 Verbrauchspositionen. Nach Ansicht des Paritätischen sind davon 85 relevant für einen bedarfsgerechten Kinderregelsatz.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen.

Abteilung Nr.	Bezeichnung der Abteilung	Anzahl Verbrauchspositionen EVS 2003	Regelsatz-relevant nach Vorschlag des Paritätischen	Abschläge in einzelnen Positionen
01	Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke	2	alle	keine
02	Alkoholische Getränke, Tabakwaren	3	0	-
03	Bekleidung, Schuhe	13	alle bzw. altersbezogen	keine
04	Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung	21	3	ja (1)
05	Innenausstattung, Haushaltsgeräte und Haushaltsgegenstände	16	14	ja (1)
06	Gesundheitspflege	12	alle	keine
07	Verkehr	17	4	keine
08	Nachrichtenübermittlung	5	4	keine
09	Freizeit, Unterhaltung und Kultur	25	22	keine
10	Bildungswesen	4	3	keine
11	Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	3	2	keine
12	Andere Waren und Dienstleistungen	12	6	keine
Summe		133	85	2

2.2 Alterseinteilung

Der Paritätische hat die Kinder und Jugendlichen in drei Altersgruppen eingeteilt:

1. Altersgruppe:	von 0 bis unter 6 Jahren
2. Altersgruppe;	von 6 bis unter 14 Jahren
3. Altersgruppe:	von 14 bis unter 18 Jahren

Bei der Einteilung der Altersgruppen müssen zwei Sachverhalte berücksichtigt werden: Zum einen muss die Fallzahl der gewählten Altersgruppe groß genug sein, um gesicherte Daten zu gewährleisten; zum anderen muss jede Einteilung die Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen. Die Daten der EVS erlauben maximal eine Dreiteilung, wobei für die Altersgruppe der über sechsjährigen zwei Einteilungen möglich sind: von 6 bis unter 12 Jahren und 12 bis unter 18 Jahren, oder von 6 bis unter 14 Jahren und von 14 bis unter 18 Jahren.

Der Paritätische hat sich für die zweite Variante entschieden, weil diese Einteilung die Lebenslagen bzw. die Entwicklung von Kindern besser abbildet: Kleinkind und Vorschulalter, Schulalter, höheres Schulalter. Des Weiteren entspricht dies eher der bestehenden Altersgruppeneinteilung nach SGB II und XII. Allerdings werden auch Alternativrechnungen für 6 bis unter 12 und 12 bis unter 18 Jahren vorgenommen.

2.3 Ableitung von Kinderbedarfen

Die EVS erfasst nur wenige kindspezifische Verbrauchsausgaben, wie z. B. für „Schuhe für Kinder bis 14 Jahre“. Mit anderen Worten, überwiegend werden kindspezifische Ausgaben nicht oder nur unzureichend erfasst. Die EVS bietet jedoch trotz dieser grundsätzlichen Kritik zur Zeit die beste Datengrundlage, um über die Bestimmung von abgeleiteten Verbrauchsausgaben Regelsätze für Kinder zu berechnen.

Ziel der EVS ist es in erster Linie, dass Verbrauchsverhalten von Haushalten und damit auch Familien abzubilden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, anhand von theoretischen Überlegungen und vorhandenen Verteilungsgewichten, sowie empirischen Grundlagen, die außerhalb der EVS bestehen, die jeweiligen Positionen für die Bestimmung der Ausgaben für Kinder abzuleiten. Anders ausgedrückt geht es um die Frage: Welcher Anteil der einzelnen Ausgabe-positionen des gesamten Haushaltes muss jeweils dem Kind zugerechnet werden?

Der Paritätische hat diesbezüglich bei seinen Berechnungen die Vorgehensweise des statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt, wie sie in zwei Arbeiten von Münnich 2002 und 2006 beschrieben wurden.¹⁴ Darin stützt sich das Statistische Bundesamt auf Arbeiten einer Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Bereiche Ernährung, Wohnungsmiete und Verkehr.¹⁵

¹⁴ Münnich/Krebs (2002) und Münnich (2006) zitiert in FN 14

¹⁵ Karg, Georg; Biberger, Lydia und Gedrich, Kurt (2002): Lebenshaltungsaufwendungen für Kinder: Bereich Ernährung (Endbericht Mai 2002).- Technische Universität München/Lehrstuhl für Wirtschaftslehre des Haushalts (Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), S. 31/Tab. 4
Hesse, Klaus; Thiele, Silke und Missong, Martin (2001): Lebenshaltungsaufwendungen für Kinder: Erarbeitung von Aufteilungsschlüsseln der Wohnungsmiete auf Erwachsene und Kinder (Juli 2001).- Christian-Albrechts-Universität Kiel, Institut für Ernährungswirtschaft und Verbrauchslehre (Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), S. 61/Tab. A4-8;
Hamacher, Ralf; Hauzinger, Heinz und Pfeiffer, M. (2001): Lebenshaltungsaufwendungen für Kinder: Teilbereich Verkehr (Schlussbericht Mai 2001).- Institut für Angewandte Verkehrs- und Tourismusforschung, Heilbronn (Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), S. 41/Tab. 15, S. 44/Tab. 16;

Die Ergebnisse sind in **Tabelle 2.2** zusammengefasst.

Tabelle 2.2:

Schlüssel der Aufteilung des privaten Konsums von Haushalten mit einem Kind unter 18 Jahren¹⁶.

Datenquelle: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend/Forschungsvorhaben „Lebenshaltungsaufwendungen für Kinder“, Münnich (2002), S. 1082-1087 (s. Fußnote 14), Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen (Öffentlicher Nahverkehr, Bahnreisen) und eigene Berechnungen.

Altersaufteilung	Inner-Haus-Verbrauch Kinder*)	Außer-Haus-Verbrauch Kinder*)	Wohnfläche für Kinder	Verkehr: Kauf von Fahrrädern	Verkehr: Kraftfahrzeuge	Verkehr: Öffentlicher Nahverkehr	Verkehr: Bahnreisen	neue OECD-Skala **)	Pro-Kopf-Aufteilung
alle von 0 bis unter 18 Jahre	27,9 %	25,0 %	16,7 %	49,6 %	14,6 %	43,8 %	12,0 %	18,3 %	33,3 %
von 0 bis unter 6 Jahre	23,5 %	14,3 %	12,3 %	49,6 %	14,6 %	39,9 %	0 %	16,7 %	33,3 %
von 6 bis unter 12 Jahre	24,4 %	26,0 %	16,6 %	49,6 %	14,6 %	39,9 %	12,6 %	16,7 %	33,3 %
von 12 bis unter 18 Jahre	34,4 %	32,6 %	20,4 %	49,6 %	14,6 %	50,1 %	21,1 %	20,9 %	33,3 %
von 6 bis unter 14 Jahre	26,8 %	26,0 %	17,3 %	49,6 %	14,6 %	39,9 %	12,6 %	16,7 %	33,3 %
von 14 bis unter 18 Jahre	35,1 %	35,8 %	20,9 %	49,6 %	14,6 %	54,9 %	25,1 %	22,9 %	33,3 %

*) Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke

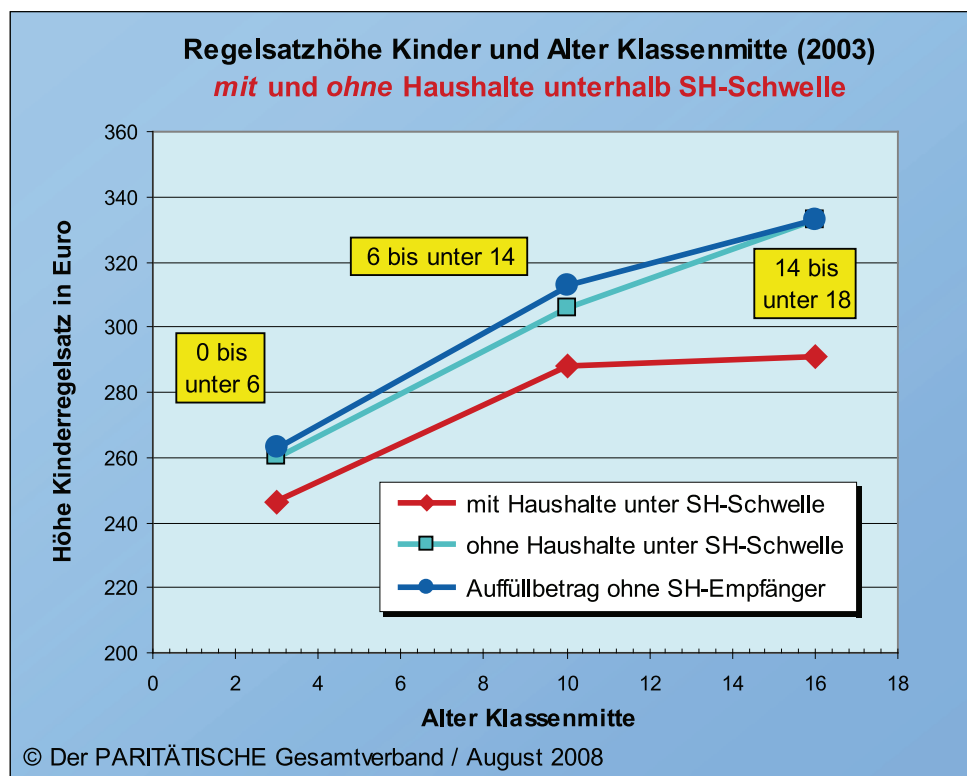
**) gemäß Äquivalenzziffern

¹⁶ Die Verteilungsschlüssel wurden anhand der Altersverteilung von Kindern und Jugendlichen aus dem Jahre 2003 gewichtet. Darüber hinaus sind in der EVS personenbezogene Einzelnachweise möglich, wie beispielsweise im Falle der EVS-Verbrauchsposition „Spielwaren“.

Mit den Verteilungsschlüsseln und den Ergebnissen der Auswertung der EVS 2003 können Regelsätze gemäß dem Statistikmodell berechnet werden. In **Grafik 2.1** finden sich die Regelsatzhöhen zusammengefasst als Streckenzug der Klassenmitten der drei Altersgruppen. Zwei grundsätzlich unterschiedliche Berechnungen wurden zugrunde gelegt: Zum einen wurden die bedarfsrelevanten Verbräuche aller Haushalte ermittelt. Zum anderen wurden nur die Haushalte berücksichtigt, die über ein Einkommen oberhalb der Sozialhilfeschwelle verfügten. Im Jahre 2003 betrug der nach der Einwohnerzahl gewichtete Regelsatz 293 Euro, woraus sich eine Sozialhilfeschwelle von 1.250 Euro ableitet.

Auf diese Weise soll ein Zirkelschluss vermieden werden, um nicht vom Verbrauch von Haushalten unterhalb der Sozialhilfeschwelle auf den Regelsatz zu schließen. Becker (2006) und Becker und Hauser (2005) haben gezeigt, dass die Herausnahme von in der EVS formal ausgewiesenen Sozialhilfeempfängern nicht ausreichend ist.¹⁷

Zumindest für die Zeit vor den Arbeitsmarktreformen („Hartz IV“) haben die Hälfte bis drei Fünftel der Anspruchsberechtigten ihre Ansprüche auf Sozialhilfeleistungen bzw. ergänzende Sozialhilfeleistungen nicht in Anspruch genommen.¹⁸



Grafik 2.1:

Ergebnisse der Regelsatzberechnungen für Kinder, Daten der EVS 2003. Dargestellt ist die Regelsatzhöhe in Abhängigkeit vom Alter der Klassenmitte der jeweiligen Altersgruppe. Erwartungsgemäß liegt der Streckenzug unter Einschluss der Familien unterhalb der Sozialhilfe-Schwelle (SH-Schwelle) unter den Kurven, die solche Familien nicht berücksichtigen. Die obere blaue Kurve mit den „Auffüllbeträgen“ wird in Kapitel 3 diskutiert.

Datenquelle: eigene Berechnungen.

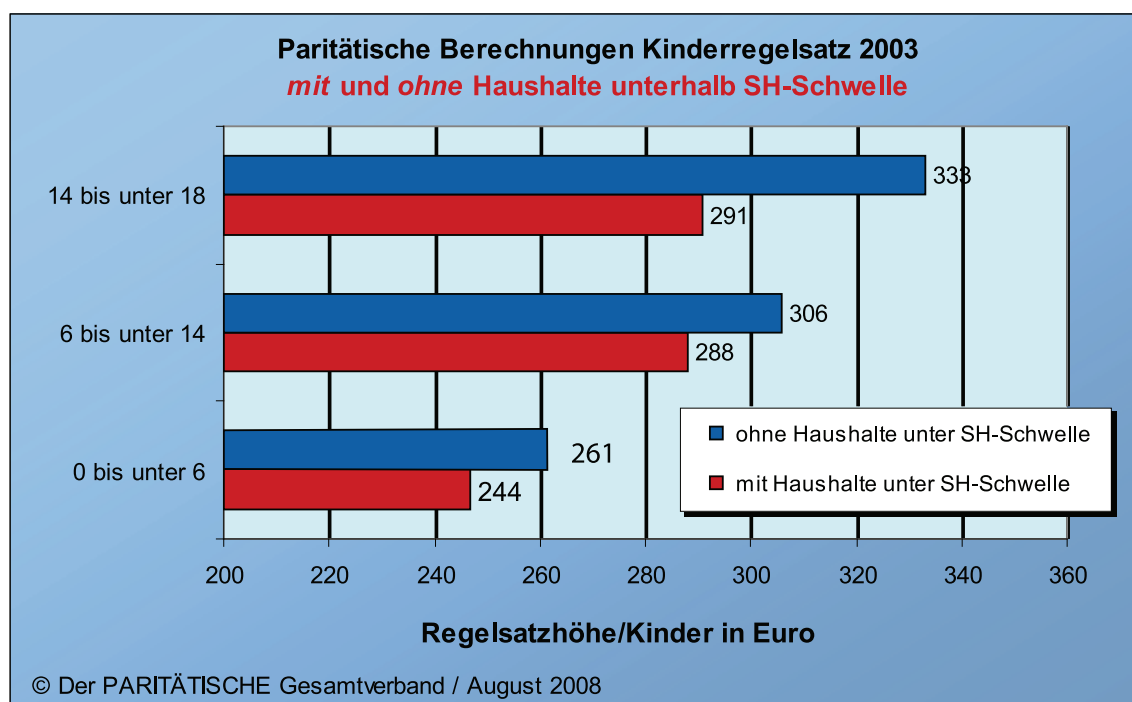
¹⁷ Becker, Irene und Hauser, Richard (2005) (unter Mitarbeit von Klaus Kortmann, Tatjana Mika und Wolfgang Strengmann-Kuhn): Dunkelziffer der Armut. Ausmaß und Ursachen der Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen.- Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 64, Berlin; Becker, Irene (2006): Armut in Deutschland: Bevölkerungsgruppen unterhalb der Alg II-Grenze. Arbeitspapier Nr. 3 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, J. W. Goethe Universität Frankfurt a. M., gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, Frankfurt am Main

¹⁸ zur Entwicklung der Dunkelziffer vgl. Martens, Rudolf (2007): Konzeptionelle Vorschläge zur Weiterentwicklung des Kinderzuschlags.- Expertise, Der PARITÄTISCHE Gesamtverband, 21. Juni 2007

Insofern ist es gerechtfertigt, mit einer Sozialhilfeschwelle auch die Dunkelziffer – zumindest näherungsweise – herauszufiltern. Becker (2007) arbeitet bei ihren Berechnungen mit einer Mindesteinkommensgrenze von 1.479 Euro, die deutlich über der SGB II-Grundsicherungsschwelle 2005 und der Sozialhilfeschwelle von 1.250 Euro für das Jahr 2003 liegt.¹⁹

Grafik 2.2:

Datenquelle: eigene Berechnungen.



Erwartungsgemäß zeigen die berechneten Regelsatzhöhen von Haushalten oberhalb der Sozialhilfeschwelle – demnach approximativ ohne Sozialhilfeempfänger und Dunkelziffer – einen deutlich andersartigen Verlauf als die Werte für Haushalte mit Einschluss von Haushalten unterhalb der Sozialhilfeschwelle. Aus **Grafik 2.1** und **Grafik 2.2** ergeben sich zwei Tendenzen: Die Kinderregelsätze von 0 bis unter 14 Jahre liegen um 18 Euro oberhalb der Werte für Haushalte mit Einschluss faktischer Sozialhilfehaushalte. Des weiteren unterscheiden sich die Regelsätze der Haushalte mit Sozialhilfehaushalten für die Alters-

gruppe 14 bis unter 18 Jahre um gerade einmal 3 Euro von der Altersgruppe 6 bis unter 14 Jahre (**Grafik 2.2**). Entsprechend knickt die untere Kurve in **Grafik 2.1** ab und stagniert (Haushalte mit faktischen Sozialhilfehaushalten), während die oberen Kurven weiterhin ansteigen. Der Verlauf der roten Kurve widerspricht der Lebenserfahrung, denn ohne Zweifel benötigen Jugendliche mehr für den privaten Verbrauch als Kinder.

Insofern rechtfertigt dieses Ergebnis das gewählte Verfahren, eine Mindesteinkommensgrenze in Höhe der Sozialhilfeschwelle als Filter zu nutzen, um Sozialhilferegelsätze ohne Zirkelschlüsse zu berechnen.

¹⁹ vgl. Becker, Irene (2007): Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich. Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Grundsicherungsniveaus.- Arbeitspapier Nr. 4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, J.W. Goethe Universität Frankfurt a. M., gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, Frankfurt am Main;

3. Kritische Betrachtungen einzelner Verbrauchspositionen

Bislang wurden die Verbrauchspositionen anhand der EVS für die gewählte Bezugsgruppe statistisch ermittelt. Mit dieser rein statistischen Methode kann nicht sichergestellt werden, dass alle Positionen wirklich bedarfsgerecht sind. Aufgrund der schwierigen Einkommenssituation der Haushalte im untersten Quintil kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei einzelnen Positionen ein „Übersparen“ stattfindet und Bedarfe nicht mehr gedeckt sind. Entsprechend wird im folgenden der Frage „Reichen die ermittelten Bedarfspositionen aus, um den Kinderbedarf zu decken?“ nachgegangen.

3.1 Überprüfung einzelner Bedarfspositionen anhand bedarfstheoretischer Überlegungen

Grundsätzlich existieren zwei Möglichkeiten, um Kinderbedarfe zu bestimmen: Zum einen über einen bedarfstheoretischen Zugang und zum anderen über das statistisch messbare Verbrauchsverhalten von Familien unterer Einkommenschichten. Bedarfstheoretische Zugänge zur Ermittlung von Regelsätzen finden sich etwa im Bereich Ernährung, Verkehr, Gesundheit und Schulbedarf. Statistisch belegtes Verbrauchsverhalten von Familien bietet vor allem die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS).

Bei der Bestimmung des Existenzminimums besteht die Schwierigkeit im Schluss vom Verbrauch von Familien aus unteren Einkommenschichten auf einen Mindestbedarf. Ohne Überprüfung auf Schlüssigkeit und der Hinzuziehung externer Daten besteht die Gefahr unzulässiger Zirkelschlüsse. Mit anderen Worten: Der zu beobachtende geringe Verbrauch von Haushalten in einzelnen Positionen lässt keine zwingenden Rückschlüsse auf den tatsächlichen Mindestbedarf zu.

An dieser Stelle wird das Problem einer Definition von Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit deutlich. Der Paritätische orientiert sich dabei an einem relativen Armutsbegriff. Bislang bestand der sozialstaatliche und verfassungsrechtliche Konsens, den Begriff des menschenwürdigen Lebens nicht allein auf das physiologisch Notwendige zu beschränken, sondern zugleich auf „die jeweils herrschenden Lebensgewohnheiten und Erfahrungen“ zu beziehen. Mit anderen Worten: Der notwendige Lebensunterhalt umfasst mehr als das für die menschliche Existenz notwendige Minimum. Im Falle eines Sozialstaats ist ein Existenzminimum gemeint, das auch eine Mindestversorgung in den Bereichen Erziehung und Bildung, Gesundheit und Transport, Information und kulturelle Beteiligung, Rechtsschutz, soziale Kontakte und soziale Integration sicherstellen soll.

3.2 Auflistung und Begründung der Auffüllbeträge

Zur Vermeidung von Zirkelschlüssen wurden alle Verbrauchspositionen der EVS auf Schlüssigkeit in drei Arbeitsschritten überprüft:

Test des Paritätischen auf Schlüssigkeit der Verbrauchspositionen:

(1) Identifizierung von Verbrauchssprüngen durch eine Betrachtung der Verbrauchshöhen aller Positionen. Hierbei wurde das unterste Quintil mit den vier weiteren Quintilen verglichen.

(2) In einem weiteren Arbeitsschritt wurden die Belegungshäufigkeiten der Haushalte in den einzelnen Verbrauchspositionen und ihre Verteilung auf die Quintile betrachtet.

(3) In den Positionen, in denen Brüche identifiziert werden konnten, wurden bedarfstheoretische Überlegungen zur Vermeidung von Fehlschlüssen herangezogen.

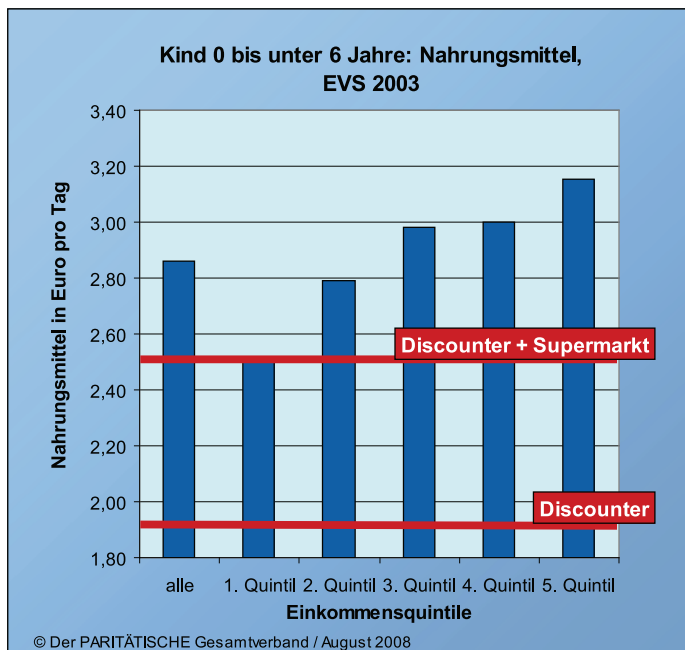
Anhand dieser Überlegungen wurden einige wenige Einzelpositionen „aufgefüllt“. Diese „Auffüllbeträge“ orientierten sich pragmatisch am nächst höheren Wert bzw. an der Höhe der Verbrauchspositionen des zweiten Quintils. Dieses Verfahren wurde tentativ gewählt, obwohl – wie in den folgenden Beispielen deutlich wird –, auch dann nicht sicher von einer Bedarfsdeckung ausgegangen werden kann.

Zur Illustration wird im folgenden die Abteilung „(01) Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke“ betrachtet. In den **Grafiken 2.3, 2.4 und 2.5** sind alle fünf Einkommensquintile ohne Haushalte unterhalb der Sozialhilfeschwelle als Balkendiagramme für die täglichen Kosten eines Kindes dargestellt. Zusätzlich sind zwei Linien eingezeichnet, die die Kosten der „Optimierten Mischkost“ des Forschungsinstitutes für Kinderernährung (Dortmund)²⁰ anzeigen: für den Kauf bei Discounter und den Kauf sowohl bei Discountern als auch in Supermärkten (im Verhältnis 1 zu 1).

Das Forschungsinstitut hat einen Warenkorb für eine „ausgewogene Mischkost“ für Kinder und Jugendliche auf der Grundlage aktueller ökotrophologischer Erkenntnisse zusammengestellt. Nachfolgend wurden die Kosten für diesen Warenkorb ermittelt: Bei Lebensmitteldiscountern, bei Supermärkten und Bioläden. Der Paritätische bezieht sich bei seinen Überlegungen auf das Preisniveau der Discounter: Die „Discounter-Linie“ beschreibt ein Verbrauchsniveau, das nach Ansicht des Paritätischen nicht unterschritten werden sollte. Denn der Verbrauch liegt unterhalb der Grenze für eine ausgewogene Mischkost.

Im Vergleich der drei **Grafiken 2.3, 2.4 und 2.5** ergibt sich folgendes: Das erste Quintil zeigt einen erkennbaren Verbrauchssprung zum zweiten Quintil hin, am deutlichsten in der Altersgruppe von 6 bis unter 14 Jahre (**Grafik 2.4**). Dennoch zeigt sich in allen drei Altersgruppen: Die „Discounter-Linie“ der „Optimierten Mischkost“ wird nicht unterschritten. Entsprechend wurde auf eine Anhebung der Position „Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke“ verzichtet.

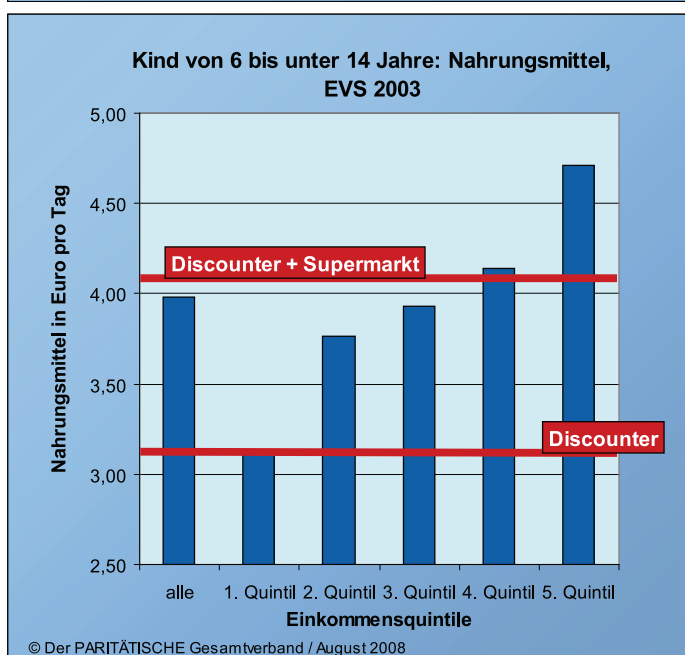
20 Kerstin, Mathilde und Clausen, Kerstin (2007): Wie teuer ist eine gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche? Die Lebensmittelkosten der Optimierten Mischkost als Referenz für sozialpolitische Regelleistungen.- In: Ernährungs Umschau, 09/2007, S. 508-513



Grafik 2.3:

Täglicher Nahrungsmittelverbrauch von Kindern von 0 bis unter 6 Jahre. Darstellung des Tagesverbrauchs der fünf Einkommensquintile sowie jeweils aller Haushalte.

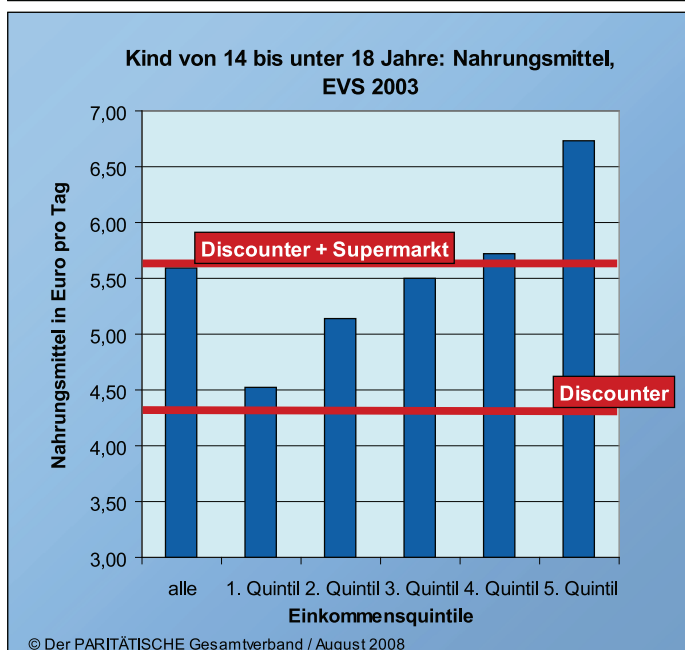
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Forschungsinstitut für Kinderernährung und eigene Berechnungen.



Grafik 2.4:

Täglicher Nahrungsmittelverbrauch von Kindern von 6 bis unter 14 Jahre, ansonsten wie Grafik 2.3.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Forschungsinstitut für Kinderernährung und eigene Berechnungen.



Grafik 2.5:

Täglicher Nahrungsmittelverbrauch von Kindern von 14 bis unter 18 Jahre, ansonsten wie Grafik 2.3.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Forschungsinstitut für Kinderernährung und eigene Berechnungen.

3.3 Korrekturbedarf aus Sicht des Paritätischen

Korrekturen wurden nur in Einzelfällen und entlang der dargestellten Überlegungen vorgenommen. Auf das Auffüllen einzelner Positionen wurde verzichtet, wenn die Fallzahlen für die Position zu gering oder kein deutlicher Sprung zwischen dem ersten und zweiten Quintil festzustellen war oder wenn bedarfstheoretische Anhaltspunkte – wie im oben geschilderten Fall bei Nahrungsmitteln – dagegen sprechen. Von einem deutlichen Sprung im Sinne eines Anhaltspunktes ist bei einer Differenz von über 50 Prozent zwischen den Verbrauchsausgaben des ersten und zweiten Quintils auszugehen.

Für die Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen hat der Paritätische keine Positionen aufgefüllt. Hier ließen sich vor dem Hintergrund der bisherigen theoretischen Überlegungen keine Erhöhungen einzelner Positionen rechtfertigen. Die Notwendigkeit, einzelne Verbrauchspositionen anzuheben, wurde im folgenden ausschließlich im Bereich „(09) Freizeit, Unterhaltung und Kultur“ beobachtet. Offenbar wird dieser Bereich von Familien mit niedrigen Einkommen genutzt, um zunächst weniger wichtige Positionen zugunsten elementar notwendiger Ausgaben – wie beispielsweise im Bereich Gesundheit – einzusparen.

3.3.1 Auffüllbeträge für die Altersgruppe bis unter 6 Jahre

Bei der Altersgruppe der 0- bis unter 6-Jährigen hat der Paritätische die Verbrauchsposition für Bücher und Broschüren von den Ausgaben im ersten Quintil auf die Höhe des zweiten Quintils aufgefüllt.

Position „Bücher und Broschüren“: Wie in der **Grafik 2.6** ersichtlich, ist ein deutlicher Ausgabensprung zwischen dem ersten und dem zweiten und allen weiteren Quintilen zu beobachten. Nach Ansicht des Paritätischen liegt hier ein unzulässiger Schluss vom Verbrauch auf den Bedarf vor.

Vor dem Hintergrund bedarfstheoretischer Überlegungen ist diese Position für Klein- und Vorschulkinder von enormer Bedeutung: Damit sich Wortschatz, Grammatik und Satzbau von Klein- und Vorschulkindern entwickeln können, werden Mal- und Vorlesebücher benötigt. Aus diesen Gründen fördert das Familienministerium zusammen mit der „Stiftung Lesen“ seit Anfang 2008 eine bundesweite Kampagne zur frühen Sprach- und Leseförderung.²¹ Wegen der sozial- und bildungspolitischen Bedeutung dieser Position wurde diese Verbrauchsposition auf die Höhe des zweiten Quintils angehoben

3.3.2 Auffüllbeträge für die Altersgruppe von 6 bis unter 14 Jahre

Für die Altersgruppe der 6- bis unter 14-Jährigen ergeben sich bei dieser Betrachtungsweise Auffüllbeträge für die Positionen „Datenverarbeitung und Software“, „außerschulischer Unterricht in Sport und musischen Fächern“ sowie für den „Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen“.²²

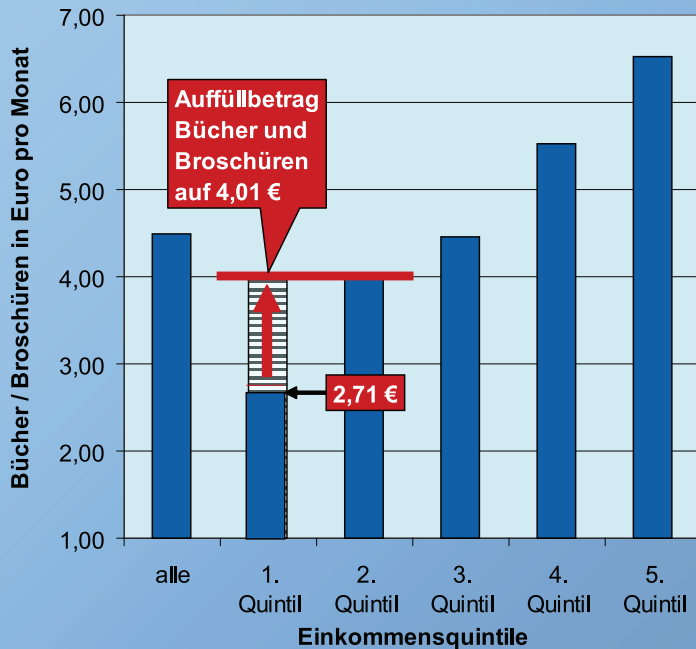
Position „Datenverarbeitung und Software“: Seit Ende der 90er Jahre hat eine rasante Entwicklung bei der Ausstattung der Haushalte im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie stattgefunden. Schon kurz nach der Jahrtausendwende waren mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland online (38 Millionen Personen 2003). Bei Familien zeigt sich eine besonders hohe Ausstattung: Die Haushalte sind zu über 90 Prozent mit einem PC ausgestattet und verfügen zu drei Viertel über einen Internetanschluss. Auf PC und Internetanschluss können Schulkinder faktisch kaum noch verzichten.²³ In **Grafik 2.7** wird der Vorgang des Anhebens der ungenügenden Verbrauchsposition des ersten Quintils auf die Höhe des zweiten Quintils dargestellt.

21 Stiftung Lesen: www.stiftunglesen.de → Projekte → Elternservice → Lesestart → Das Projekt

22 dies entspricht auch den Beobachtungen von Becker (2007), s. Fußnote 19

23 vgl. Statistisches Bundesamt (Hg.) (2007): Entwicklung der Informationsgesellschaft. IKT in Deutschland, Ausgabe 2007.- Wiesbaden

Kind 0 bis unter 6 Jahre: Bücher und Broschüren
ohne Haushalte unterhalb SH-Schwelle



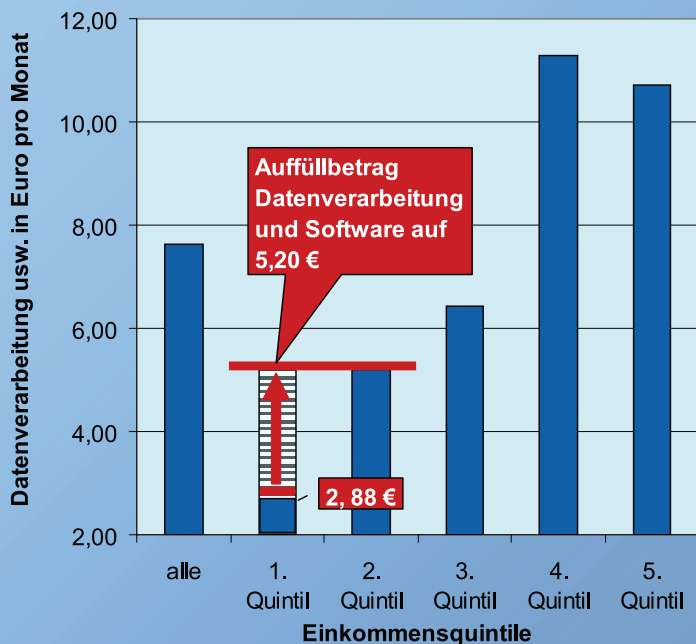
©Der PARITÄTISCHE Gesamtverband / August 2008

Grafik 2.6:

Monatliche Ausgaben der Haushalte für Bücher und Broschüren in der Altersgruppe von 0 bis unter 6 Jahren.

Datenquelle: EVS 2003, eigene Berechnungen.

Kind 6 bis unter 14 Jahre: Datenverarbeitung, Software
ohne Haushalte unterhalb SH-Schwelle



©Der PARITÄTISCHE Gesamtverband / August 2008

Grafik 2.7:

Monatliche Ausgaben der Haushalte für Datenverarbeitung und Software in der Altersgruppe von 6 bis unter 14 Jahren.

Datenquelle: EVS 2003, eigene Berechnungen.

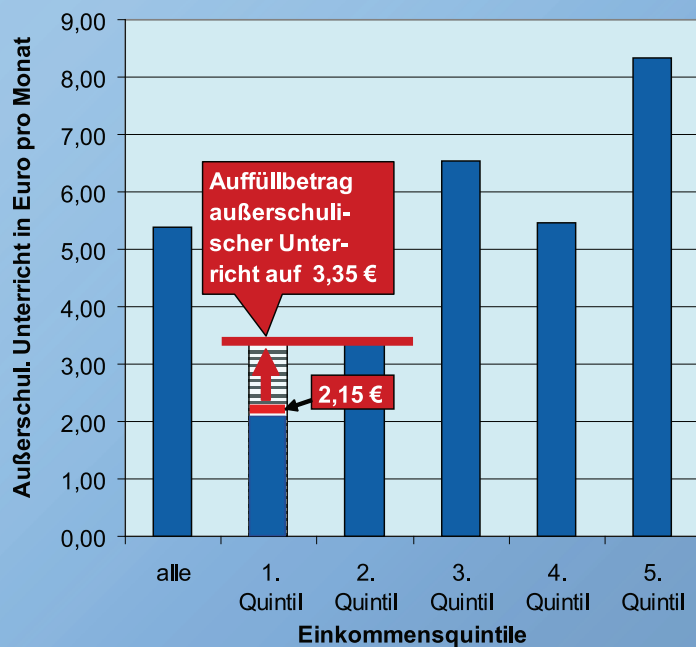
Position „Außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern“: Musikschulen und das Engagement in Sportvereinen und anderen Jugendorganisationen ergänzen den traditionellen Schulunterricht, kompensieren Mängel und vermitteln zusätzliche Fähigkeiten sowie soziale und personale Schlüsselkompetenzen. Dieser außerschulische Unterricht ist für die jeweilige Bildungsbiografie des einzelnen Schülers förderlich, erweitert seine Zukunftsperspektiven und hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Der 12. Kinder- und Jugendbericht konstatiert dabei eine deutliche soziale Ungleichheit im Bereich außerschulischer Bildungsangebote: Von den Heranwachsenden aus Familien mit einem hohen sozialen Status sind über 75 Prozent in einem Verein organisiert, rund ein Fünftel von ihnen ist sogar in drei und mehr Vereinen. Dagegen gehören die Hälfte der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit geringen ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen überhaupt keinem Verein an. Für die Altersgruppe der 6- bis unter 14-Jährigen ist davon auszugehen, dass die Teilnahme an den in der Regel kostenpflichtigen außerschulischen Bildungsangeboten weitgehend durch die Eltern organisiert wird. Wenn Eltern angesichts eines ohnehin knapp bemessenen Haushaltsbudgets keine zusätzlichen finanziellen Verpflichtungen in Form von Kursgebühren bzw. Mitgliedsbeiträgen eingehen können, verschließen sich ihren Kindern und Jugendlichen damit grundlegende Chancen zum Bildungserwerb.

Grafik 2.8 bestätigt, dass Haushalte aus dem dritten Quintil mehr als dreimal so viel Geld für außerschulischen Unterricht in Sport und musischen Fächern ausgeben als Haushalte aus dem untersten Quintil, Paare aus dem obersten Quintil fast viermal so viel. Im Sinne der Bildungs- und Chancengerechtigkeit wurde daher der Betrag für das erste Quintil auf die Höhe des zweiten Quintils aufgefüllt.

Position „Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen bzw. -einrichtungen“: Mit dem Schulbesuch treten Kinder in einer neuen Art und Weise in die Welt ein und ihr Selbstständigkeitsverhalten macht einen qualitativen Sprung. Sie erobern sich nicht nur die Schule sondern weiterreichende Freiheiten und Freizügigkeiten im geographischen und sozialen Umfeld. In dieser Zeit sind die Austauschprozesse zwischen den Selbstbildungsfähigkeiten des Kindes und der Bereitstellung von Bildungsmöglichkeiten durch die kulturelle und soziale Umwelt wesentlich für die kindliche Entwicklung. Es bedarf der Bereitstellung einer anregenden Umgebung, in der unterschiedlichste Materialien zur Verfügung stehen, mit denen das Kind frei umgehen kann. Dafür muss den Kindern die Ressource „Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen bzw. -einrichtungen“ in altersüblichem Maße zur Verfügung gestellt werden. Auch hier ergab sich die Notwendigkeit, den Ausgabenbetrag des ersten Quintils anzuheben, wie dies **Grafik 2.9** verdeutlicht.

Kind 6 bis unter 14 Jahre: außerschulischer Unterricht
ohne Haushalte unterhalb SH-Schwelle



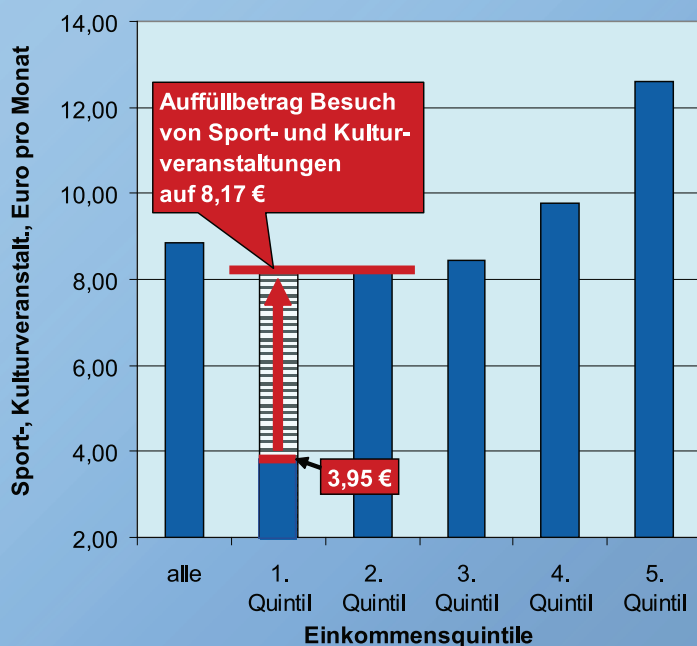
©Der PARITÄTISCHE Gesamtverband / August 2008

Grafik 2.8:

Monatliche Ausgaben der Haushalte für außerschulischen Unterricht.

Datenquelle: EVS 2003, eigene Berechnungen.

Kind 6 bis unter 14 Jahre: Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen
ohne Haushalte unterhalb SH-Schwelle



©Der PARITÄTISCHE Gesamtverband / August 2008

Grafik 2.9:

Monatliche Ausgaben der Haushalte für den Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen.

Datenquelle: EVS 2003, eigene Berechnungen.

3.4 Differenzierung der Einzelbedarfe: Besondere Einmalleistungen sowie Infrastruktur und Investitionsbedarf

3.4.1 Besondere Einmalleistungen

Mit der Umsetzung von Hartz IV wurden, bis auf wenige Ausnahmen, Einmalleistungen pauschaliert und in den Regelsatz integriert. Aber nur regelmäßig wiederkehrende einmalige Bedarfe wie z. B. Ausgaben für Bekleidung und Schuhe sind pauschalierbar.

Eine Pauschalierung für die sogenannten langlebigen weißen Gebrauchsgüter, wie z. B. Waschmaschine oder Kühlschrank, ist nicht sinnvoll. Vielmehr wird hier von den Leistungsbeziehern erwartet, für die Anschaffung dieser Güter zuvor eine Summe aus dem Regelsatz anzusparen. Die Lebenswirklichkeit spricht jedoch dagegen. In der Regel kann dies nicht oder nur unzureichend von den Familien geleistet werden. Dies trifft insbesondere auf Familien zu, die mehr als ein Jahr SGB II- bzw. SGB XII-Leistungen beziehen. Die im SGB II vorgesehene Darlehensvariante ist für diese Anschaffung nicht sinnvoll, weil sie bei Rückzahlung zu einer Reduzierung der Regelsätze führt und damit ein erneutes Ansparen faktisch unmöglich wird. Es spricht somit vieles dafür, diese Güter und Dienstleistungen wieder außerhalb des Regelsatzes als einmalige oder atypische Leistungen zu gewähren. Der Schulbedarf von Kindern ist ein weiteres Beispiel für einmalige Leistungen im SGB II, die sinnvollerweise außerhalb des Regelsatzes erbracht werden sollten.

Insgesamt haben die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt, dass *ausschließlich wiederkehrende einmalige oder atypische Bedarfe pauschalierungsfähig sind*. Dagegen sind folgende Bedarfe für eine Pauschalisierung innerhalb des Regelsatzes nicht geeignet:

Nicht regelsatzgeeignet sind:

- Ausgaben für Instandhaltung und Schönheitsreparaturen
- Kühlschränke und Waschmaschinen sowie Reparaturkosten
- Besondere Schulbedarfe
- Nachhilfeunterricht
- Möbel, Einrichtungsgegenstände, Teppiche
- Anschaffung von Kinderfahrrädern
- Anschaffung von Fernseh- und Radiogeräten
- Anschaffung von Software und Datenverarbeitungsgeräte

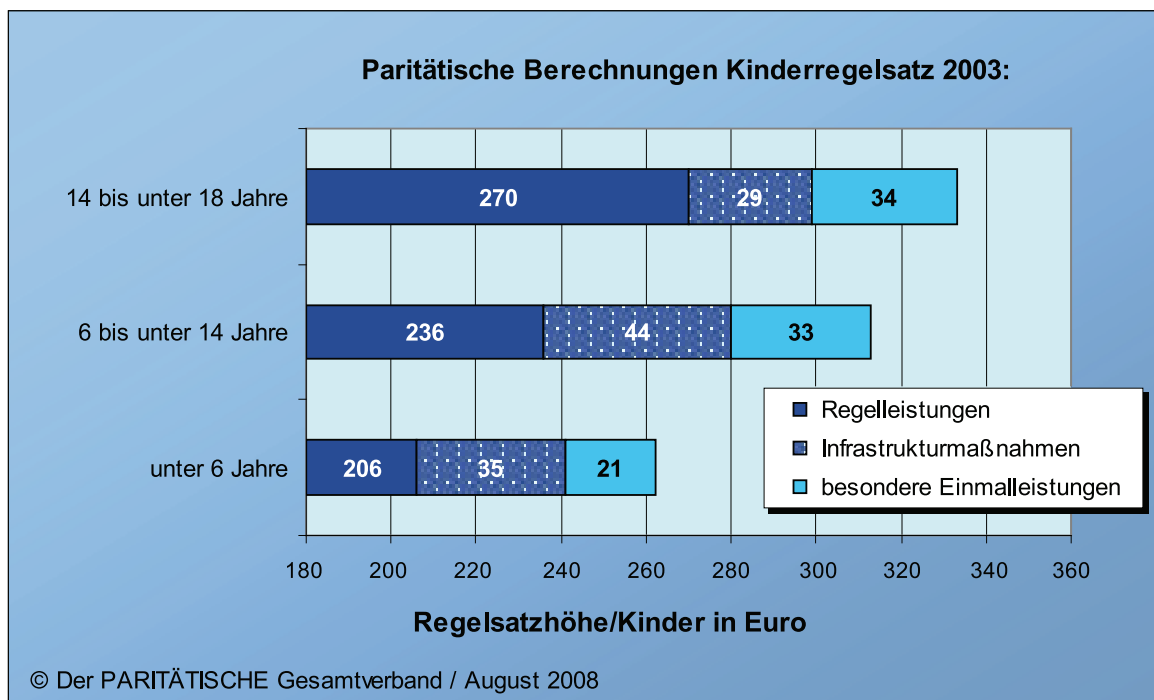
Würden diese Bedarfe als einmalige oder atypische Leistungen außerhalb der Pauschale gewährt, hätte dies Auswirkungen auf die Höhe des Regelsatzes.

In **Grafik 2.10** sind die Verhältnisse anhand der Ergebnisse der EVS 2003 dargestellt. Betragsmäßig bewegen sich die Einmalleistungen zwischen 21 und 34 Euro bezogen auf das Jahr 2003. Dies entspricht einem Anteil von 8 bis 11 Prozent, wie sich das aus **Grafik 2.11** ergibt.

Grafik 2.10:

Zusammensetzung des Kinderregelsatzes:
Regelleistungen, Infrastrukturmaßnahmen und besondere Einmalleistungen.

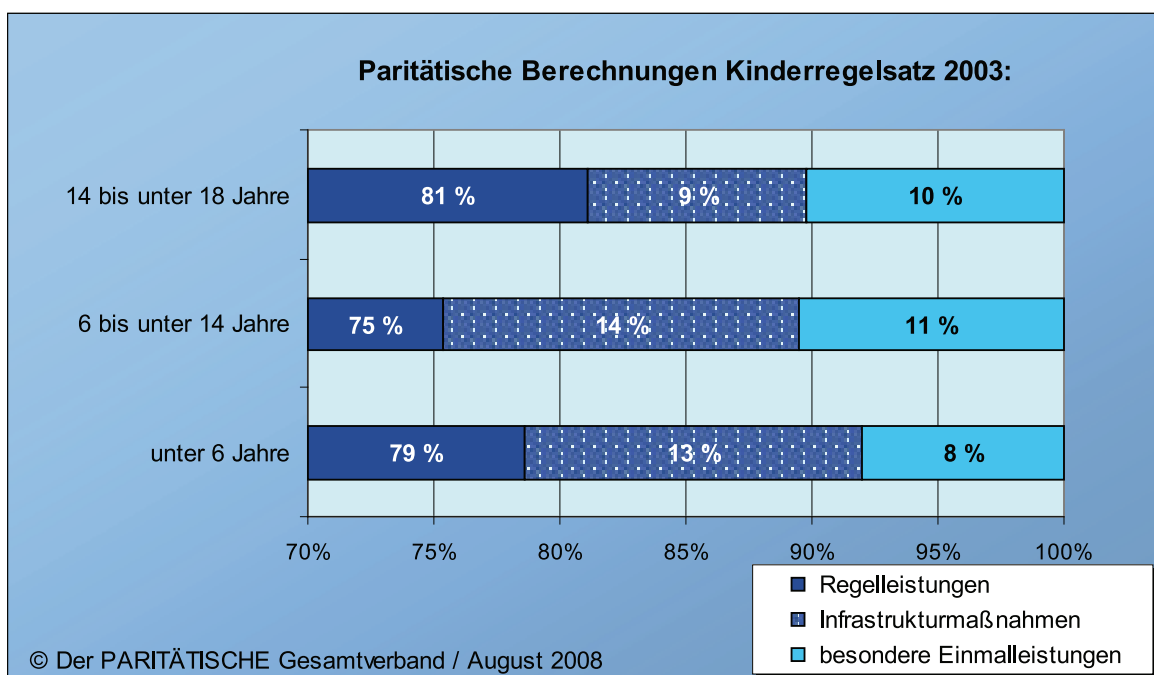
Datenquelle: eigene Berechnungen.



Grafik 2.11:

Prozentuale Zusammensetzung des Kinderregelsatzes:
Regelleistungen, Infrastrukturmaßnahmen und besondere Einmalleistungen.

Datenquelle: eigene Berechnungen.



3.4.2 Infrastruktur und Investitionsbedarf

Die EVS und die Regelsatzpauschale enthalten einzelne Verbrauchsgüter, die sowohl privat finanziert, als auch über die kostenlose Inanspruchnahme öffentlicher Güter und Einrichtungen realisiert werden können. Hierzu gehört z. B. der Bereich des öffentlichen Nahverkehrs, außerschulischer Sport- und Musikunterricht oder Kinderbetreuung.

Infrastruktur und Investitionsbedarf:

- Ausgaben für Individualverkehr
- Außerschulischer Sport- und Musikunterricht
- Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen
- Kinderbetreuung
- Kursgebühren

Wenn sichergestellt werden könnte, dass diese Bedarfe über bereitgestellte Infrastruktur abgedeckt werden, müssten sie ebenfalls nicht mehr Bestandteil des Regelsatzes sein. Von einer solchen infrastrukturellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind wir in Deutschland noch sehr weit entfernt. Faktisch bleiben damit aber die Ausgaben für Infrastruktur und Investitionsbedarf Bestandteil der laufenden Regelleistungen und nur die besonderen Einmalleistungen könnten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, außerhalb des Regelsatzes gestellt werden.

4. Kinderregelsätze und Preisentwicklung 2003 bis 2008

4.1 Sozialpolitisch fragwürdige Folgen der Fortschreibung des Regelsatzes durch die Bundesregierung

Die aktuelle EVS stammt aus dem Jahre 2003, für den Regelsatz auswertbare Ergebnisse lagen Anfang 2006 vor; die nächste EVS wird 2008 durchgeführt, Ergebnisse werden erst 2010 erwartet. In § 4 der Regelsatzverordnung ist die Fortschreibung des Regelsatzes für die Zeiträume geregelt, in denen keine neueren EVS-Daten vorliegen: „Der Eckregelsatz verändert sich jeweils zum 1. Juli eines Jahres, in dem keine Neubemessung der Regelsätze nach § 28 Abs. 3 Satz 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt, um den Vorhundert-satz, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert.“ Demnach ist die Fortschreibung des Regelsatzes an die des jeweils aktuellen Rentenwertes der gesetzlichen Rentenversicherung gekoppelt. Mit Ausnahme der erstmaligen Festsetzung des Regelsatzes zum 1. Januar 2005 wird nach § 20 SGB II die Regelleistung der Grundsicherung für Arbeitsuchende jeweils zum 1. Juli eines Jahres entsprechend der Entwicklung des Rentenwertes angepasst (vgl. **Tabelle 3.1**).²⁴

Der Gesetzgeber ist der Ansicht, dass der Rentenwert, „der auch in den letzten Jahren die Fortschreibung der Regelsätze bestimmt“ habe, „nicht zu relevanten Abweichungen gegenüber einer statistisch ermittelten Bedarfsdeckung geführt hat. Der aktuelle Rentenwert ist eine eindeutig festgestellte Größe und sichert einen Gleichklang der sozialen Entwicklung“.²⁵ Tatsächlich hatte die Bundesregierung mit dem Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz 2004 versucht, solchermassen die Rentenfinanzierungsprobleme aufgrund der demographischen Entwicklung zu lösen. Das Gesetz ist gemacht worden, um den Anstieg der Beitragsätze zur Rentenversicherung zu begrenzen. Seit 2003 entwickelte sich der Rentenwert nicht mehr weiter, vielmehr verharrte er im Wesentlichen auf dem Niveau von Mitte 2003, wie das aus **Tabelle 3.1** ersichtlich ist.

Zeitpunkt	Entwicklung des Rentenwertes 2004 bis 2007			Regelsatz
	Änderung in %	Kumulativ in %	Gerundet in Euro	
1. Juli 2004	0,00	100,00		345
1. Januar 2005	0,00	100,00		345
1. Juli 2006	0,00	100,00		345
1. Juli 2007	0,54	100,54		347
1. Juli 2008	1,10	101,65		351

Tabelle 3.1:

Fortschreibung des Regelsatzes anhand des Rentenwertes.

Datenquelle: s. Fußnote 24.

Würde der Regelsatz weiterhin streng an den Rentenwert gebunden, sänke der Realwert des Regelsatzes zwangsläufig von Jahr zu Jahr stärker ab, hervorgerufen durch die jährliche Preisentwicklung. Die Bundesregierung hat den Rentenwert zum 1. Juli 2007 um 0,54 Prozent erhöht: der Regelsatz stieg von 345 Euro auf 347 Euro. Diese Erhöhung von zwei Euro bewegt sich ganz offensichtlich unterhalb der auf den Regelsatz bezogenen Preisbewegung zwischen 2006 und 2008; wobei zu beachten ist, dass der Regelsatz nominal zwischen 2003 und Mitte 2007 nicht verändert wurde und 345 Euro betrug. Entsprechendes gilt für die Erhöhung zum 1. Juli 2008, bei der der Regelsatz auf 351 Euro angehoben wurde.

²⁴ Rentenwerte aus: Bundesratsdrucksache 206/04, „Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung – RSV)“; Rentenversichertenbericht 2005, S. 73; Bundestagsdrucksache 16/9100, „Entwurf eines Gesetzes zur Renten Anpassung“ (07.05.2008)

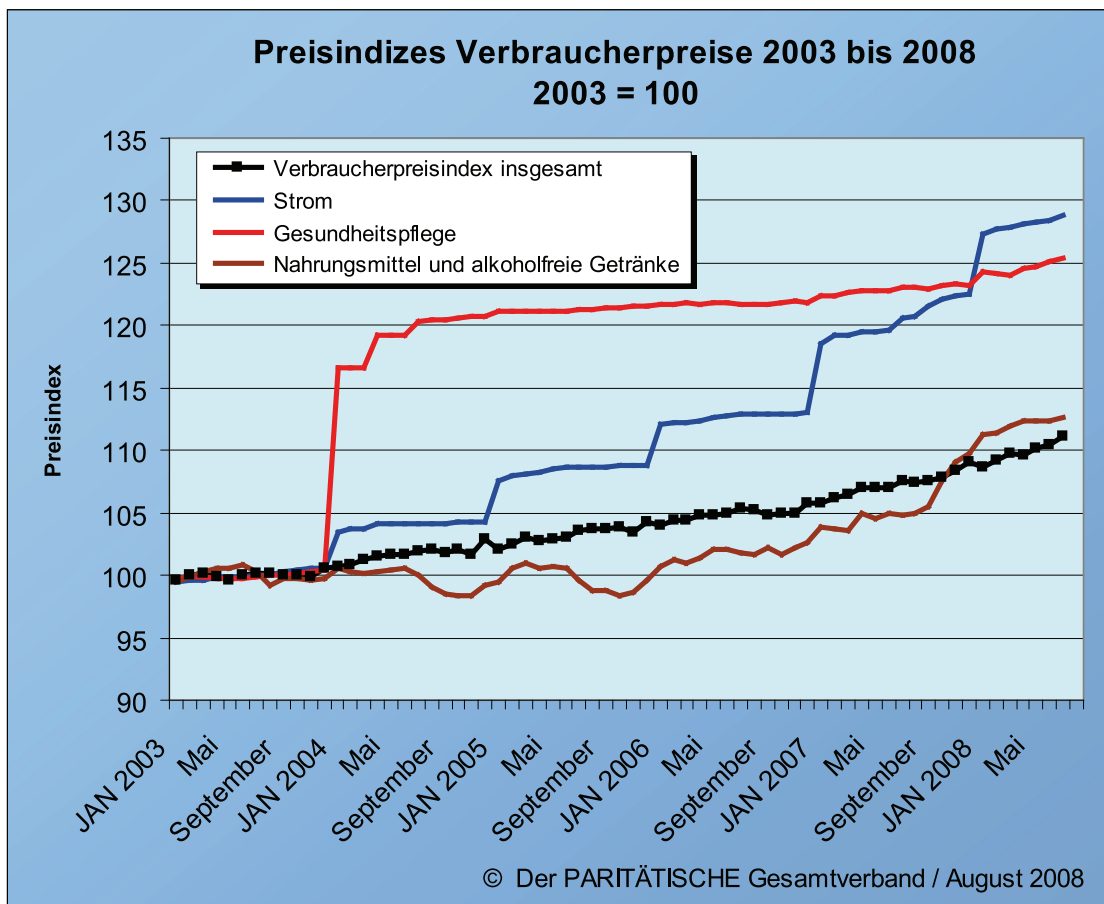
²⁵ Bundesratsdrucksache 206/04

Die erste Preiswelle zu Anfang des Jahres 2007 war durch anziehende Energiepreise verursacht. Nachdem die Lebensmittelpreise jahrelang stagniert hatten oder nur moderat gewachsen waren, erlebt der Verbraucher seit Anfang 2007 steigende Preise bei einzelnen Produktgruppen, seit Ende 2007 haben die Lebensmittel den allgemeinen Preisindex überholt. Wie die Indizes des Statistischen Bundesamtes und die **Grafik 3.1** exemplarisch zeigen, lagen den Medienberichten über Preissteigerungen nicht nur „gefühlte“ Preisbewegungen zu Grunde – vergleichbar der Situation 2002 nach Einführung des Euro –, sondern reale Mehrausgaben der Verbraucher. Hierfür sind die stark angestiegenen Energiepreise verantwortlich (Strom in **Grafik 3.1**).²⁶

Grafik 3.1:

Preisentwicklung bei Nahrungsmitteln und alkoholfreien Getränken, Strom und Gesundheitspflege im Vergleich zum allgemeinen Preisindex. .

Datenquelle: Statistisches Bundesamt August 2008



²⁶ vgl. Bundestags-Drucksache 16/6296 (05.09.2007), „Verbraucherpreisanstieg bei Milchprodukten“

4.2 Entwicklung eines regelsatz-spezifischen Preisindexes

Insgesamt ist eine Fortschreibung des Regelsatzes anhand des Rentenwertes sozialpolitisch höchst problematisch: Sachgerechter wäre es, den Regelsatz an die Preisentwicklung anzukoppeln. Das Ergebnis wäre „preissteigerungsneutral“, insbesondere auch gegenüber gesetzgeberischen Maßnahmen wie im Falle der Gesundheitsausgaben (Preisindexanstieg durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004, s. **Grafik 3.1**) oder einer Anhebung der Mehrwertsteuer um drei Prozentpunkte am 1. Januar 2007.

Tabelle 3.2:

Preisindex des Statistischen Bundesamtes und Preisindex des Regelsatzes.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen

Abteilung Nr.	Waren und Dienstleistungen	Gewicht der Abteilungen in %	
		Statistisches Bundesamt	Bund Regelsatz 2006/2008
01	Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke	10,3	31,6
02	Alkoholische Getränke, Tabakwaren	3,7	5,3
03	Bekleidung und Schuhe	5,5	9,9
04	Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung	30,3	7,5
05	Innenausstattung, Haushaltsgeräte und Haushaltsgegenstände	6,9	7,1
06	Gesundheitspflege	3,5	3,7
07	Verkehr	13,8	4,5
08	Nachrichtenübermittlung	2,5	8,8
09	Freizeit, Unterhaltung und Kultur	11,1	11,4
10	Bildungswesen	0,7	0,0
11	Beherbergungs- u. Gaststättendienstleistungen	4,7	2,4
12	Andere Waren und Dienstleistungen	7,0	7,8
Summe		100,0	100,0

Allerdings kann man den Regelsatz nicht einfach mit Hilfe des amtlichen Preisindexes anpassen. Beim amtlichen Preisindex werden Waren und Dienstleistungen anders gewichtet als bei der Regelsatzberechnung. So deckt der Regelsatz weder Wohnkosten ab noch viele

Verbrauchsdaten im Bereich Verkehr, entsprechend differieren die Prozentanteile der Warengruppen 04 und 07 beim amtlichen Preisindex und beim Regelsatz (**Tabelle 3.2**).

Mit anderen Worten: Es ist notwendig, anhand amtlicher Preisindizes einzelner Produktgruppen einen regelsatzspezifischen Preisindex zu entwickeln, der der Zusammensetzung des Regelsatzes entspricht. **Tabelle 3.3** führt beispielhaft die Preisindizes des Statistischen Bundesamtes für 12 Gruppen auf. Um die unterschiedliche Preisentwicklung der 12 Warengruppen darzustellen, wird dort der jeweilige Preisindex für die Jahresdurchschnitte 2003 bis 2007 aufgelistet. Einer starken Preisentwicklung in der Abteilung 06, Gesundheitspflege, stehen andere gegenüber, die moderat verlaufen – beispielsweise bei Einrichtungsgegenständen. Bei Abteilung 08, Nachrichtenübermittlung, oder Abteilung 03, Bekleidung und Schuhe, haben die Preise sogar deutlich nachgegeben.

Tabelle 3.3:

Jahresdurchschnittliche Preisindizes der 12 Teilindizes, aus denen sich der amtliche Preisindex zusammensetzt, Daten bezogen auf 2003 = 100.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen.

Abteilung Nr.	Preisindizes für Waren und Dienstleistungen	Preisindizes Jahresdurchschnitte umgerechnet auf 2003 = 100				
		2004	2005	2006	2007	Juli 2008
01	Nahrungsmittel, alkoholfreie Getränke	99,6	100,1	102,0	105,0	112,6
02	Alkoholische Getränke, Tabakwaren	106,9	116,0	120,0	123,7	126,1
03	Bekleidung und Schuhe	99,3	97,4	96,5	97,4	94,9
04	Wohnen, Energie, Wohnungs- instandhaltung	101,5	104,4	107,4	109,2	114,1
05	Innenausstattung, Haushaltsgeräte und Haushaltsgegenstände	99,8	99,6	99,6	100,7	101,8
06	Gesundheitspflege	119,2	121,5	122,5	124,2	125,4
07	Verkehr	102,4	106,7	109,7	113,3	121,7
08	Nachrichtenübermittlung	99,2	97,8	94,9	95,1	89,2
09	Freizeit, Unterhaltung und Kultur	99,0	99,1	99,2	99,9	99,4
10	Bildungswesen	103,3	105,6	108,3	132,3	147,9
11	Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	100,8	101,8	103,0	105,7	110,1
12	Andere Waren und Dienstleistungen	101,4	102,3	103,3	105,5	108,3
Gesamtindex Deutschland (Wägungsschema Statistisches Bundesamt)		101,6	103,6	105,4	107,7	111,1

Vergleicht man die unterschiedliche Zusammensetzung der Abteilungsgewichte innerhalb von Regelsatz und Preisindex, so wird klar, dass jeweils ein eigenständiger Index entwickelt werden muss, um den Einfluss der Preisentwicklung auf den Regelsatz spezifisch abzubilden. So unterscheiden sich die Anteile Nahrungsmittel (Abteilung 01), Wohn- und Energiekosten (Abteilung 04) sowie Verkehr (Abteilung 07) deutlich voneinander (**Tabelle 3.2**). Die drei Warengruppen weisen ebenso deutlich voneinander abweichende Preisentwicklungen auf.

Grundsätzlich ließe sich ein regelsatzspezifischer Preisindex, beispielsweise für Juli 2008, in Kombination von **Tabelle 3.2** (Zusammensetzung Regelsatz) und der einzelnen Preisbewegungen der 12 Teilindizes aus **Tabelle 3.3** errechnen. Wegen der Zusammensetzung des Regelsatzes müssen jedoch noch einige Besonderheiten und Fehlerquellen beachtet werden, die im Folgekapitel dargestellt werden.

4.3 Ergebnisse: Anpassung der Kinderregelsätze an die Preisentwicklung zwischen 2003 und 2008

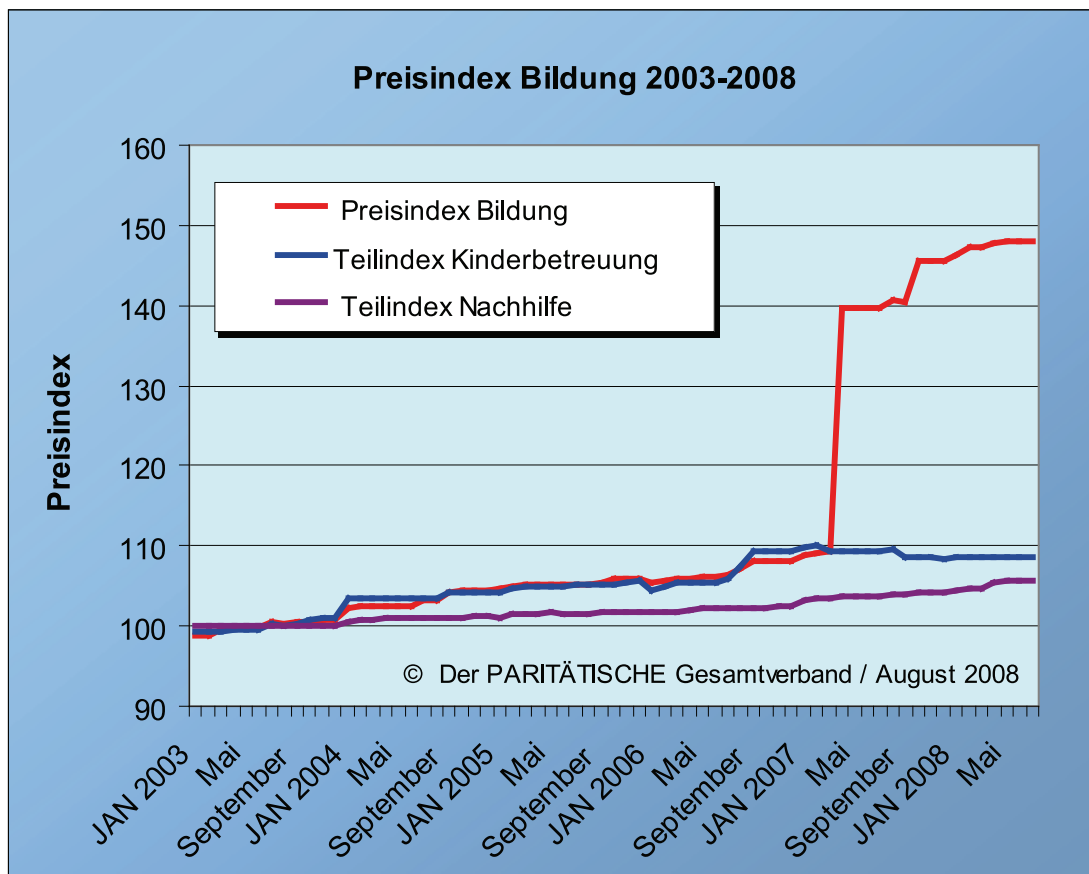
Das prinzipielle Vorgehen, wie aus Preisindizes und der Zusammensetzung des Regelsatzes ein regelsatzspezifischer Preisindex abgeleitet werden kann, wurde im vorangegangenen Kapitel erläutert. Wenn die einzelnen Verbrauchspositionen der EVS-Abteilungen anhand der 12 Preisindizes für Juli 2008 berechnet werden, so können insbesondere in denjenigen Bereichen Verzerrungen entstehen, in denen nur wenige Produkte als regelsatzrelevant bestimmt wurden.

Die EVS 2003 weist für den Bereich (04) Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung insgesamt 22 Einzelpositionen aus, von denen die Bundesregierung lediglich drei für den Regelsatz anerkannt hat und die auch für die Berechnung von Kinderregelsätzen übernommen wurden. Wenn sich diese wenigen Positionen in ihrer Preisentwicklung deutlich von der Preisbewegung der gesamten Abteilung (04) mit den 22 Positionen unterscheiden, kann es zu nicht mehr tolerablen Verzerrungen oder systematischen Fehlern kommen. Mit anderen Worten: Für jeden einzelnen Bereich des Regelsatzes muss überprüft werden, ob aus der spezifischen Zusammensetzung des Regelsatzes Verzerrungen bei der Berechnung der Preisentwicklung entstehen können.

Grafik 3.2:

Entwicklung des Preisindexes für Bildung mit den beiden Teilindizes Kinderbetreuung und Nachhilfe.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, s. Fußnote 27, eigene Berechnungen.



Wie sich aus **Grafik 3.1** (s. Seite 30) ergibt, unterscheidet sich die Indexentwicklung von Strom sehr deutlich von den durchschnittlichen Verbrauchsausgaben: entsprechend wurde für den Bereich „(04) Wohnen“ die Preisentwicklung für „Strom“ und die Preisentwicklung für „Erzeugnisse und Dienstleistungen für die Instandhaltung der Wohnung“ gesondert herangezogen, um den Bereich „(04) Wohnen“ zu bestimmen. Das andere Beispiel ist der Bereich „(10) Bildungswesen“. Hierzu ist in **Grafik 3.2** die Entwicklung des allgemeinen Preisindexes für Bildung sowie die beiden Teilindizes Kinderbetreuung und Nachhilfe zwischen 2003 und Juli 2008 dargestellt.

Der allgemeine Preisindex Bildung weist einen extremen Sprung im April 2007 auf, der durch die Einführung von Studiengebühren in fünf Bundesländern (Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern) verursacht wurde. Die beiden Teilindizes „Kinderbetreuung“ und „Nachhilfe“ zeigen dagegen eine normale Preisentwicklung (**Grafik 3.2**). Daraus folgt, dass ein Preisindex für Bildung, der auch Ausgaben für Studiengebühren enthält, ungeeignet ist, um den Teilbedarf Bildung im Kinderregelsatz von 2003 auf Juli 2008 hochzurechnen. In diesem Falle wurde nicht der Preisindex für „(10) Bildung“ genutzt, sondern die Teilindizes „Kinderbetreuung“ und „Nachhilfe“ um den Bereich auf das Preisniveau Juli 2008 anzupassen (**Tabelle 3.4**).²⁷

²⁷ Im April 2007 führte die Einführung der Studiengebühr in fünf Bundesländern (Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern) zu einer Preiserhöhung im Bildungswesen von 28,5 % gegenüber April 2006 bzw. + 25,1 % gegenüber Mai 2007. Die Jahresteuersatzrate erhöht sich allein dadurch um 0,2 %-Punkte. Vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung 16.05.2007, Internet www.destatis.de

Tabelle 3.4:

Jahresdurchschnittliche Preisindizes der 12 Teilindizes mit Teilindizes in den Bereichen (04) Wohnen und (10) Bildungswesen. Daten bezogen auf 2003 = 100.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen.

Abt. Nr.	Bezeichnung der Abteilung	EVS 2003 Jahres- durch- schnitt	Januar 2005	Juli 2006	Juli 2007	Juli 2008
01	Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke	100,0	99,5	101,8	104,8	112,6
02	Alkoholische Getränke, Tabakwaren	100,0	114,6	118,4	123,2	126,1
03	Bekleidung, Schuhe	100,0	97,0	94,5	95,8	94,9
04	Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung					
	Erzeugnisse und Dienstleistungen für die Instandhaltung der Wohnung	100,0	102,8	107,7	109,5	114,1
	Strom	100,0	107,5	112,9	120,6	128,8
05	Innenausstattung, Haushaltsgeräte und Haushaltsgegenstände	100,0	99,6	99,1	100,5	101,8
06	Gesundheitspflege	100,0	121,2	121,8	123,1	125,4
07	Verkehr	100,0	103,1	112,1	115,0	121,7
08	Nachrichtenübermittlung	100,0	98,8	93,3	92,2	89,2
09	Freizeit, Unterhaltung und Kultur	100,0	97,3	98,9	99,4	99,4
10	Bildungswesen					
	Kinderbetreuung	100,0	104,3	105,9	109,5	108,6
	Nachhilfeunterricht und Kursgebühren	100,0	101,0	102,4	103,8	105,6
11	Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	100,0	99,7	104,9	107,9	110,1
12	Andere Waren und Dienstleistungen	100,0	102,0	103,3	105,9	108,3

Mit den geschilderten Differenzierungen der Preisindizes, wie das in **Tabelle 3.4** dargestellt ist, können die EVS Daten aus dem Jahre 2003 (**Tabelle 3.5**) für spätere Zeitpunkte preisangepasst hochgerechnet werden.

Tabelle 3.5:

Zusammensetzung der Kinderregelsätze und des Erwachsenenregelsatzes des Paritätischen anhand der EVS 2003. Alle Angaben in Euro.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, EVS 2003 und eigene Berechnungen.

Abt. Nr.	Bezeichnung der Abteilung	Regelsatzzusammensetzung EVS 2003				nachrichtlich: Erwachsene
		von 0 bis unter 18 Jahre	von 0 bis unter 6 Jahre	von 6 bis unter 14 Jahre	von 14 bis unter 18 Jahre	
01	Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke	84,09	68,26	80,41	117,14	113,63
02	Alkoholische Getränke, Tabakwaren	0,00	0,00	0,00	0,00	20,40
03	Bekleidung, Schuhe	36,52	34,15	40,13	33,72	35,31
04	Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung					
	Erzeugnisse und Dienstleistungen für die Instandhaltung der Wohnung	2,21	2,31	1,49	0,69	3,23
	Strom	7,59	5,43	7,68	10,58	23,42
05	Innenausstattung, Haushaltsgeräte und Haushaltsgegenstände	16,06	13,05	17,09	19,48	26,78
06	Gesundheitspflege	11,25	10,11	11,71	13,95	14,66
07	Verkehr	20,77	9,98	21,82	22,45	41,70
08	Nachrichtenübermittlung	23,68	22,89	24,56	24,72	41,40
09	Freizeit, Unterhaltung und Kultur *)	56,78	56,61	68,48	54,98	42,41
10	Bildungswesen					
	Kinderbetreuung	14,66	20,13	13,04	0,88	0,00
	Nachhilfeunterricht und Kursgebühren	3,27	1,64	5,35	4,60	2,64
11	Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	11,70	7,21	13,69	18,67	12,78
12	Andere Waren und Dienstleistungen	10,09	10,22	7,93	10,96	26,05
	Summe	298,67	262,00	313,38	332,81	404,41
	Summe (gerundet)	299	262	313	333	403**)

*) mit Auffüllbeträgen

**) Rundungsabweichung: Regelsatzverordnung nimmt Prozent-Rundungen innerhalb der Abteilungen vor

In **Tabelle 3.6** finden sich die Ergebnisse für Juli 2008.

Tabelle 3.6:

Zusammensetzung der Kinderregelsätze und des Erwachsenenregelsatzes des Paritätischen; die Daten wurden anhand der Preisindizes aus **Tabelle 3.4** und der Zusammensetzung der Kinderregelsätze (EVS 2003) in **Tabelle 3.5** auf Juli 2008 hochgerechnet. Alle Angaben in Euro.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, EVS 2003 und eigene Berechnungen.

Abt. Nr.	Bezeichnung der Abteilung	Regelsatzzusammensetzung Juli 2008				nachrichtlich: Erwachsene
		von 0 bis unter 18 Jahre	von 0 bis unter 6 Jahre	von 6 bis unter 14 Jahre	von 14 bis unter 18 Jahre	
01	Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke	94,68	76,85	90,54	131,89	127,94
02	Alkoholische Getränke, Tabakwaren	0,00	0,00	0,00	0,00	25,72
03	Bekleidung, Schuhe	34,67	32,42	38,10	32,01	33,52
04	Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung					
	Erzeugnisse und Dienstleistungen für die Instandhaltung der Wohnung	2,52	2,64	1,70	0,79	3,57
	Strom	9,78	7,00	9,90	13,63	29,30
05	Innenausstattung, Haushaltsgeräte und Haushaltsgegenstände	16,35	13,28	17,40	19,82	27,40
06	Gesundheitspflege	14,11	12,68	14,69	17,50	18,38
07	Verkehr	25,27	12,14	26,55	27,32	50,40
08	Nachrichtenübermittlung	21,12	20,42	21,91	22,05	36,93
09	Freizeit, Unterhaltung und Kultur *)	56,44	56,27	68,07	54,65	41,81
10	Bildungswesen					
	Kinderbetreuung	15,92	21,86	14,16	0,96	0,00
	Nachhilfeunterricht und Kursgebühren	3,45	1,74	5,65	4,85	2,80
11	Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	12,88	7,93	15,07	20,55	13,98
12	Andere Waren und Dienstleistungen	10,92	11,07	8,58	11,87	28,16
	Summe	318,11	276,30	332,30	357,88	439,91
	Summe (gerundet)	318	276	332	358	440

*) mit Auffüllbeträgen

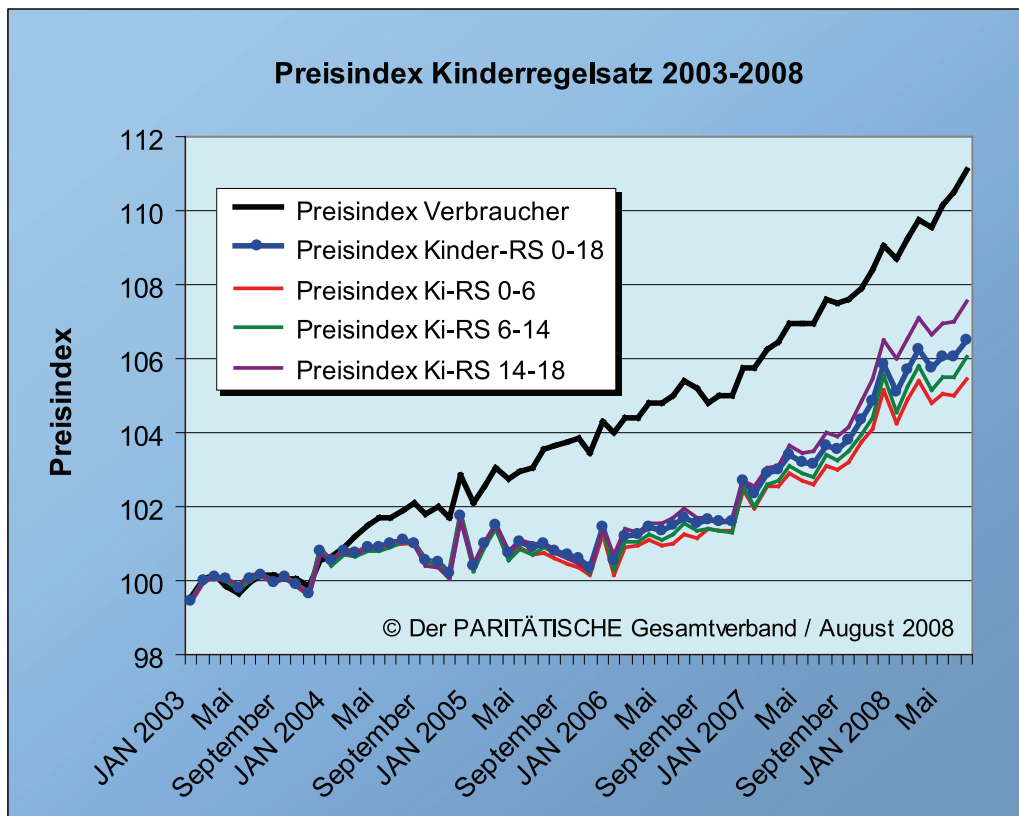
Der genaue Verlauf der Indexentwicklung für die Kinderregelsätze sind in **Grafik 3.3** zu beobachten. Dabei zeigt sich, dass die Preisindexentwicklung der Kinderregelsätze für 0 bis unter 6, 6 bis unter 14 und 14 bis unter 18 Jahre deutlich unterschiedliche Niveaus aufweisen, wenn man die Jahre 2007 und 2008 zugrunde legt.

Dies ergibt sich zum einen aus der doch deutlich unterschiedlichen Zusammensetzung der einzelnen Kinderregelsätze und der Tatsache, dass ab Anfang 2007 viele Warengruppen sehr stark gestiegen sind: Dies zeigt sich beispielsweise in **Tabelle 3.4** (s. Seite 35), wenn der Bereich „(01) Nahrungsmittel“ für die einzelnen Jahre zwischen 2003 und 2008 verglichen wird, gleichartiges gilt für den Bereich „(04) Wohnen“ oder auch „(06) Gesundheitspflege“ und für den gesamten Bereich „(07) Verkehr“. In der Konsequenz hat somit jeder einzelne Kinderregelsatz und auch der Erwachsenenregelsatz gewissermaßen eine eigenständige Preisentwicklung, die sich in Kurven ausdrücken, die immer weiter auseinander laufen, wie das in **Grafik 3.3** ab Januar 2007 zu beobachten ist.

Grafik 3.3:

Verbraucherpreisindex und Indizes Kinderregelsätze für die Altersgruppen 0 bis unter 6, 6 bis unter 14 und 14 bis unter 18 Jahre.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen.

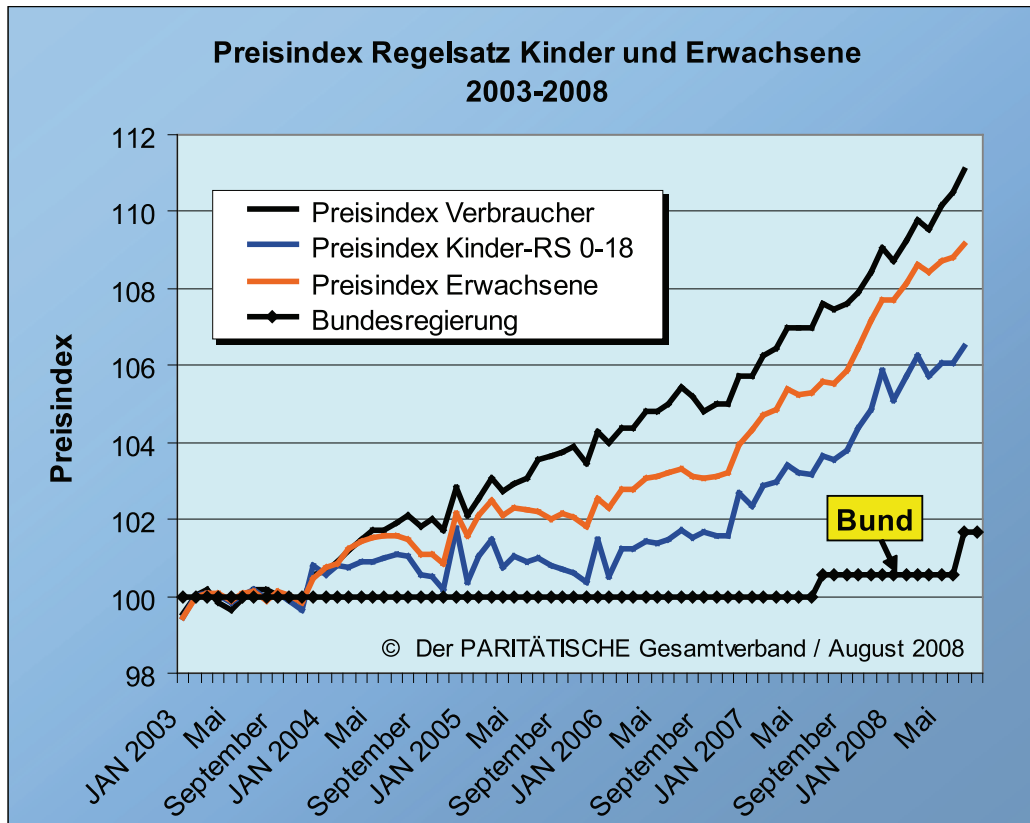


In **Grafik 3.4** können die allgemeine Preisindexentwicklung mit einem zusammengefassten Index für den Kinderregelsatz (0 bis unter 18 Jahre) und die Indexentwicklung für Erwachsene (Paritätischer Vorschlag) und mit der Regelsatzanpassung der Bundesregierung verglichen werden. Diese hatte Anpassungen im Juli 2007 und im Juli 2008 vorgenommen. Dabei ist sofort ersichtlich, dass die Anpassung des Bundes höchst ungenügend ist und von der Preisentwicklung ab Anfang 2006 gewissermaßen „überrollt“ wird. Anders ausgedrückt: Ohne eine geeignete Preisanpassung der aus EVS 2003 abgeleiteten Regelsätze ist es offensichtlich nicht möglich, einen bedarfsdeckenden Regelsatz zu bilden.

Grafik 3.4:

Zusammengefasster Kinderregelsatz (0 bis unter 18 Jahre) mit der Indexentwicklung Erwachsene (Vorschlag Paritätischer) und der Regelsatzanpassung der Bundesregierung Juli 2007 und Juli 2008.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, s. Fußnote 24 und eigene Berechnungen.



Die Entwicklung der bedarfsorientierten Kinderregelsätze und des Erwachsenenregelsatzes befindet sich in **Tabelle 3.7**. Dort sind auch die Regelsätze der Bundesregierung dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die Paritätischen Kinderregelsätze deutlich über den Ansätzen der Bundesregierung liegen, die die Kinderregelsätze als Prozentanteile vom Erwachsenenregelsatz ableitet (0 bis unter 14 Jahre: 60 Prozent; 14 bis unter 18 Jahre: 80 Prozent). Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Bundesregierung sehr viel mehr Abschlüsse bei der Regelsatzbildung vorgenommen hat als der Paritätische, zum anderen wirkt sich aber auch die ungenügende Anpassung an die Preisentwicklung aus, wie das schon zuvor bei der Diskussion um **Grafik 3.4** geschildert wurde.

Alters-einteilung	Paritätischer Vorschlag 2008					Bundesregierung		
	Regelsatz EVS 2003	Regelsatz Januar 2005	Regelsatz Juli 2006	Regelsatz Juli 2007	Regelsatz Juli 2008	Regelsatz 2003 / Januar 2005	Regelsatz Juli 2007	Regelsatz Juli 2008
unter 6 Jahre	262	263	265	270	276	207	208	211
6 bis unter 14 Jahre	313	314	318	324	332			
14 bis unter 18 Jahre	333	334	339	346	358	276	278	281
Erwachsene (1. Person)	403	409	416	426	440	345	347	351

Tabelle 3.7:

Entwicklung der Paritätischen Kinderregelsätze und des Erwachsenenregelsatzes im Vergleich mit den Regelsätzen der Bundesregierung gemäß SGB II und Regelsatzverordnung.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, EVS 2003 und eigene Berechnungen.

Im Kapitel 3.4 wurde geschildert, wie sich der Kinderregelsatzvorschlag des Paritätischen im Einzelnen zusammensetzt: Neben den Regelleistungen enthält er – der Logik und Systematik des amtlichen Regelsatzes folgend – noch Pauschalen für die Inanspruchnahme von Infrastrukturleistungen und besondere Einmalleistungen. Allerdings besitzen die Regelleistungen mit drei Vierteln bis vier Fünfteln der jeweiligen Regelsätze den größten Anteil. Die Verhältnisse bezogen auf Juli 2008 finden sich in **Tabelle 3.8**.

Alters-einteilung	Regelsatz insgesamt	- darunter Regel-leistungen	- darunter Infrastruktur-leistungen	- darunter besonde-re Einmal-leistungen
unter 6 Jahre	276	217	37	22
6 bis unter 14 Jahre	332	250	47	35
14 bis unter 18 Jahre	358	290	31	37

Prozentuale Zusammensetzung Kinderregelsatz				
unter 6 Jahre	100 %	79 %	13 %	8 %
6 bis unter 14 Jahre	100 %	75 %	14 %	11 %
14 bis unter 18 Jahre	100 %	81 %	9 %	10 %

Tabelle 3.8:

Unterteilung der Kinderregelsätze des Paritätischen in Euro und in Prozent, unterschieden werden Regelleistungen, Infrastrukturleistungen und besonderen Einmalleistungen; die Daten wurden anhand der Preisentwicklung (**Tabelle 3.4**, s. Seite 35) von 2003 auf Juli 2008 hochgerechnet.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, EVS 2003 und eigene Berechnungen.

Impressum

Herausgeber:

Der **PARITÄTISCHE** Gesamtverband
Oranienburger Str. 13-14
D-10178 Berlin
Telefon +49 (0) 30 - 24636-0
Telefax +49 (0) 30 - 24636-110

E-Mail: info@paritaet.org
Internet: www.paritaet.org

Verantwortlich: Dr. Ulrich Schneider

Expertise:

Dr. Rudolf Martens
PARITÄTISCHE Forschungsstelle
Telefon +49 (0) 30 - 24636-313
Telefax +49 (0) 30 - 24636-130

E-Mail: forschung@paritaet.org
Internet: www.forschung.paritaet.org

Gestaltung:

Christine Maier

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage, September 2008

Sonntag, 10. Januar 2010

Schlagzeilen Hilfe RSS Newsletter Mobil Wetter TV-Programm

SPIEGEL ONLINE WIRTSCHAFT

Suche Kurse

NACHRICHTEN VIDEO THEMEN FORUM EINESTAGES ENGLISH DER SPIEGEL ABO SHOP

Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft UniSPIEGEL SchulSPIEGEL Reise Auto

Geldanlage

Nachrichten > Wirtschaft > Staat & Soziales > Arbeitslosengeld II

Login | Registrierung

Arbeitslosengeld II

Alle Artikel und Hintergründe

21.10.2009

Drucken | Senden | Feedback

Hartz IV

Verfassungsrichter bringen Regierung in Erklärungsnot

Von Dietmar Hipp, Karlsruhe



Video abspielen

mehr Videos...

Foto: AP

Der Hartz-IV-Streit vor dem Verfassungsgericht hat eine viel größere Bedeutung als zunächst erwartet. Die Bundesregierung muss wohl nicht nur die Regelsätze für Kinder neu berechnen - sondern auch die Leistungen für Erwachsene. Es geht um das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum.

In schwarzem T-Shirt und ärmelloser Weste trat Thomas K. vor die Verfassungsrichter: "Ich bin ja nicht gerade von zierlicher Gestalt", scherzte der zwei Meter große und 150 Kilogramm schwere Kläger, dessen Fall nun den Anlass liefert für das bevorstehende Grundsatzurteil zur Höhe der Hartz-IV-Leistungen. "Ich hätte mir gerne einen anständigen Anzug gekauft, um hier ordentlich aufzutreten", so K. - doch dafür habe das Geld einfach nicht gereicht.

Und nicht nur dafür: Der Fernseher der dreiköpfigen Familie sei ein Auslaufmodell von 1996, Stereoanlage habe man keine, einen Computer habe die Tochter nur dank eines Geschenks der Oma, und besondere Interessen wie einen Museumsbesuch könne man sich leider auch nicht leisten.

"Ich möchte Gerechtigkeit", sagte Thomas K. in seinem Schlusswort: Er verlange nicht, wie manche anderen, dass der Regelsatz für Erwachsene von derzeit 359 Euro auf 500 Euro angehoben werde; aber er wolle, dass die Hartz-IV-Sätze "ordnungsgemäß, rechtskonform, transparent und nachvollziehbar bemessen werden" - und dass es nicht nur eine "Pauschale", sondern eine an die individuellen Bedürfnissen angepasste Zahlung gibt.

Es könnte gut sein, dass ihm die Verfassungsrichter diesen Wunsch aufs Wort erfüllen.

Selbst Experten waren überrascht, wie schlecht es der Bundesregierung gelang, die Daten, die sowohl den Hartz-IV-Leistungen für Erwachsene als auch für Kinder zugrunde liegen, zu rechtfertigen. Bisher sei sie "von der Verfassungsgemäßheit" der Regelsätze für Erwachsene ausgegangen, gab die Präsidentin des Deutschen Sozialgerichtstags, Monika Paulat, noch in der Verhandlung zu Protokoll, die Rechtfertigungsversuche der Bundesregierung aber "lassen mich ins Grübeln kommen".

"Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums"

Denn anders als viele Beobachter erwartet hatten, befassten sich die Verfassungsrichter nicht nur mit den Regelsätzen für Kinder, sondern stellten ganz grundsätzlich auch die Methoden in Frage, mit denen das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bereits die für das ganze System zentralen Regelsätze für Erwachsene ermittelt hat.

Schon zu Beginn machte Gerichtspräsident Hans-Jürgen Papier deutlich, dass vor allem das Verfahren von Thomas K., das der 6. Senat des Hessischen Landessozialgerichts den Karlsruher Richtern zur Entscheidung vorgelegt hatte, "grundlegende Fragen" auch zu den Hartz-IV-Sätzen für Erwachsene aufwirft. Und dass das Verfassungsgericht offenbar dabei ist, einen speziellen Rechtsanspruch zu formen: ein aus der Menschenwürde und dem Sozialstaatsprinzip abgeleitetes "Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums", dessen Inhalte und

ANZEIGE

3,5% ZINSEN P. A. BEI DEPOTWECHSEL

3,5%

Sichern Sie sich hohe 3,5% Zinsen p. a. aufs Tagesgeld für 12 Monate! Einfach Wertpapiere in Höhe von insgesamt mindestens 6.000 Euro bei Cortal Consors deponieren.

Mehr >>

HINTERGRÜNDE, ARTIKEL, FAKTEN

finden Sie auf den Themenseiten zu...

Bundesverfassungsgericht**Arbeitslose****Bundesagentur für Arbeit (BA)****Kindergeld**

ALLE THEMENSEITEN

VIDEOS



Wo der Staat versagt
Boom im "Armutsbusiness"

Kinder- Hartz- IV: Ist eine Erhöhung sinnvoll?
Arm trotz Arbeit: Leben mit 4,22 Euro Stundenlohn
Gesund essen trotz Hartz IV: Starkoch zeigt Kindern wie es geht
Überleben mit Hartz IV: Ernährungstipps eines Berliner Senators

WAS IST HARTZ IV?

Die Reform

Hartz IV ist die größte und umstrittenste Arbeitsmarktreform in der Geschichte der Bundesrepublik. Benannt ist sie nach dem damaligen Volkswagen-Personalchef Peter Hartz, der als Leiter einer Regierungskommission die Grundlagen der Reform vorgeschlagen hatte. Am 1. Januar 2005 trat das entsprechende Gesetz in Kraft.

Fördern und Fordern

Die Höhe der Leistung

Strenge Regeln

FORUM

Ist Hartz IV verfassungswidrig?
Diskutieren Sie mit anderen Lesern!

DIE HARTZ-REFORMEN

Arbeitslosengeld I

Anspruch auf Arbeitslosengeld hat nach Sozialgesetzbuch III wer arbeitslos ist, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht, die Anwartschaftszeit erfüllt, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und Arbeitslosengeld beantragt hat. Die Dauer des Anspruchs hängt von der Länge der versicherungspflichtigen Beschäftigung und vom Alter ab, Höchstgrenze sind 24 Monate.

Arbeitslosengeld II

Hartz IV/ SGB II

ARGE/ Jobcenter

Peter Hartz

Hartz IV-Reform

Warum ist die Reform gescheitert?

MEHR AUF SPIEGEL ONLINE

Initiative: Sozialminister fordern Neuberechnung von Hartz IV für Kinder (21.10.2009)

Armuts: Verfassungsrichter zweifeln an Hartz-IV-Sätzen für Kinder (20.10.2009)

Hartz IV vor dem Verfassungsgericht: 62 Cent im Monat für Spielzeug (19.10.2009)

Klage in Karlsruhe: "Hartz IV für Kinder ist verfassungswidrig" (19.10.2009)

Hilfe für Kinder: Verfassungsrichter wollen Hartz IV an Menschenwürde messen (20.10.2009)

Jugendschutz: Verfassungsgericht weist Beschwerden von Pornanbieter ab (21.10.2009)

Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums", dessen Inhalte und Grenzen das Gericht nun bestimmen wird - und an dem sich die Hartz-IV-Sätze dann messen lassen müssen.

Dabei gehe es neben den "zu befriedigenden Bedarfslagen", so Papier, um "den Umfang der Bedarfsbefriedigung" und "vor allem das Verfahren der Entscheidungsfindung des Gesetzgebers" - mit anderen Worten, um das "Wofür", das "Wie viel" und das "Weshalb".

Der Prozessbevollmächtigte der Bundesregierung, der Kasseler Rechtsprofessor Stephan Rixen, hatte dagegen schon im Vorfeld argumentiert, die "soziale Schutzpflicht" sei ein "Optimierungsgebot", das über die zwingend notwendige Existenzsicherung hinausgeht - also im Prinzip auch ohne Verfassungsverstoß wieder begrenzt werden kann. Doch offenbar haben die Verfassungsrichter in diesem Punkt etwas andere Vorstellungen vom Grundgesetz.

Die Regierung hat die Daten mit Abschlagen versehen

Dass sich diese Frage jetzt zum ersten Mal in dieser Schärfe stellt, liegt daran, dass bei der Einführung von Hartz-IV nicht nur die Arbeitslosen- und Sozialhilfe für Erwerbslose zu einer einheitlichen Leistung zusammengefasst wurden. Dieses "Arbeitslosengeld II" (ALG II), wie die Hartz-IV-Leistung offiziell heißt, wurde auch auf eine neue Datengrundlage gestellt: Galt zuvor der "Warenkorb" des Statistischen Bundesamts als Maß, sollten die Regelsätze künftig auf einer empirischen Erfassung des Konsumverhaltens des unteren Fünftels der Bevölkerung beruhen, die selbst nicht auf Sozialhilfe angewiesen ist.

Allerdings wurde dieser Datensatz, die "Einkommens- und Verbrauchsstichprobe" (EVS), vom Sozialministerium keineswegs unverändert übernommen, sondern für die einzelnen Posten mit "Abschlagen" versehen: Die Ausgaben für Bekleidung etwa wurden nur zu 89 Prozent berücksichtigt, also mit 21,58 Euro monatlich statt mit den in der Umfrage ermittelten 23,97 Euro, weil - so die offizielle Begründung - die Befragten auch Geld für "Maßkleidung und Pelze aufgewendet hätten, was für Sozialhilfeempfänger folglich wieder herauszurechnen sei.

Ausgaben für Gesundheitspflege sowie "Nachrichtenübermittlung" wurden nur zu 64 Prozent und für Verkehrsmittel sogar nur zu 37 Prozent angesetzt. Gesamtergebnis: ein Regelsatz für einen alleinstehenden Erwachsenen von 345 Euro in den alten und 331 Euro in den neuen Bundesländern. Damit soll bis auf Miete und Heizkosten alles abgegolten sein.

1 | 2 | 3 weiter

1. Teil: Verfassungsrichter bringen Regierung in Erklärungsnot

2. Teil: "Nicht hundert Prozent treffgenau"

3. Teil: Wie viel Geld braucht man für Zigaretten?

SOCIAL NETWORKS



ANZEIGE

SPARTIPP KREDITE VERGLEICHEN

Ab 3,45% eff. p.a.!
Vergleichen Sie hier kostenlos die aktuellen Konditionen der Banken und sehen Sie auf einen Blick die besten Kredite.

Kreditbetrag
10.000 Euro

Laufzeit
60 Monate

zum Vergleich >>

Ein Service von CHECK24

Festgeld bis 4,5 % Zinsen
Mit firm.de erhalten Sie die besten Zinsangebote – schnell, einfach und transparent.
[Jetzt informieren!](#)

GARANTIE INVESTMENT RENTE
Eine der höchsten garantierten Renten - die neue Privatrente bei Fidelity.
[Jetzt Informationen anfordern!](#)

Englisch lernen mit WSI
Gewinnen Sie Ihren Englischkurs und verwirklichen Sie Ihre Träume in 2011!
[Jetzt informieren](#)

MEHR AUS DEM RESSORT WIRTSCHAFT

BÖRSEN



Dax, Dow, Nikkei und Ihr persönliches Portfolio: Die Weltbörsen im Überblick auf SPIEGEL ONLINE

TOOLS



Brutto-Netto-Rechner, Strompreisvergleich... Der große Geld-Service auf SPIEGEL ONLINE

KONJUNKTUR



Wachstumsprognosen und Arbeitslosigkeit: Alle Daten zur Konjunktur auf einen Blick

FINANZTEST



Im Test: Finanztips und mehr - was Sie als Verbraucher unbedingt wissen sollten

MMO/HBM



Mehr Wirtschaft auf **manager-magazin.de** und **harvardbusinessmanager.de**

ÜBERSICHT WIRTSCHAFT

▲ TOP

DER SPIEGEL



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

Dein SPIEGEL



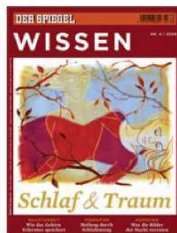
Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL GESCHICHTE



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL WISSEN



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

KulturSPIEGEL



Inhalt

Service von SPIEGEL-ONLINE-Partnern

AUTO UND FREIZEIT



AUTO UND FREIZEIT



ENERGIE



JOB



FINANZEN



FINANZEN



Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft UniSPIEGEL SchuSPIEGEL Reise Auto Wetter

DIENSTE

Schlagzeilen
RSS
Newsletter
Mobil

VIDEO

Nachrichten Videos
SPIEGEL TV Magazin
SPIEGEL TV Reporter

MEDIA

MediaSPIEGEL
Mediadaten
Quality Channel
buchreport
weitere Zeitschriften

MAGAZINE

DER SPIEGEL
KulturSPIEGEL
DEIN SPIEGEL
SPIEGEL Wissen
SPIEGEL Geschichte
Harvard Business Man.

SPIEGEL GRUPPE

Abo
Shop
SPIEGEL TV
manager magazin
SPIEGEL-Gruppe

WEITERE

Hilfe
Kontakt
Nachdrucke
Impressum

▲ TOP

Gutachten

laut Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 11.08.2008,

Aktenzeichen XXXXXXXXXXXX,

zu den Beweisfragen 14 bis 17 im Rahmen der Beweiserhebung

über die Frage der Sicherung des Lebensunterhalts

durch die Regelleistungen gemäß §§ 20, 28 SGB II sowie weitere Wirkungen des SGB II

in dem Rechtsstreit XXXXXXXXXXXXXXXX

Vorbemerkungen

Diskussionen über die Angemessenheit von staatlichen Mindestsicherungsleistungen spiegeln häufig unterschiedliche Werturteile und Einstellungen der Beteiligten wider, die aber nicht Gegenstand der folgenden Analyse sind. Wenn im Rahmen der vom Hessischen Landessozialgericht beschlossenen Beweiserhebung Fragen der Sicherung des Lebensunterhalts und der sozialen Teilhabe durch Regelleistungen gem. §§ 20, 28 SGB II unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten erörtert werden sollen, so sind dabei einfließende Normen grundsätzlich deutlich zu machen. Als Grundlagen der Analyse werden insbesondere folgende normative Setzungen herangezogen:

- die in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB II verankerten Ziele des Grundsicherungssystems, wonach die Regelleistung zur Sicherung des Existenzminimums „insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben“ umfasst, i. V. m. § 28 SGB XII;
- der im vorliegenden Kontext relevante Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 10.11.1998 zum steuerlich frei zu stellenden Betreuungs- und Erziehungsbedarf (Az.: 2BvR 1057/91), in dem notwendige Aufwendungsarten genannt werden, „um dem Kind

eine Entwicklung zu ermöglichen, die es zu einem verantwortlichen Leben in dieser Gesellschaft befähigt“.

Dementsprechend beziehen sich die gutachterlichen Äußerungen ausschließlich auf die Frage, inwieweit die *Umsetzung* der genannten gesetzlichen und gerichtlichen Vorgaben diesen gerecht wird bzw. im Hinblick auf die expliziten gesellschaftspolitischen Ziele adäquat ist. Dabei wird nicht der mit Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz im Jahr 1989 eingeleitete Übergang vom Warenkorb- zum Statistik-Modell hinterfragt – auch dieser Beschluss geht im Folgenden also als normative Vorgabe ein –, sondern lediglich die gegenwärtige *Ausgestaltung des Statistik-Modells überprüft*.

Die Beantwortung der Beweisfragen 14 bis 17 des Beschlusses des Hessischen Landessozialgerichts (Az.: L 6 AS 336/07) erfordert zunächst eine Darstellung und kritische Würdigung der derzeitigen Praxis der Bemessung der Regelleistungen für Familien vor dem Hintergrund der einleitend genannten normativen Vorgaben. Dies erfolgt überwiegend im Zusammenhang mit der Stellungnahme zu Frage 14 a), die dementsprechend umfangreich ausfällt und die Grundlagen für die Beantwortung der weiteren Fragen beinhaltet; dabei kann es zu Überschneidungen mit den Antworten von Herrn Dr. Rudolf Martens zu den Beweisfragen 1 bis 13, die mir bei Erstellung des Gutachtens nicht bekannt sind, kommen. Die theoretisch abgeleiteten Schlussfolgerungen werden dann – soweit wie im Rahmen dieses Gutachtens möglich – empirisch überprüft. Die zu diesem Zweck herangezogenen mikroökonomischen Analysen der EVS¹ gehen auf Arbeiten im Projekt „Soziale Gerechtigkeit“ an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, zurück. Dieses gemeinsam mit Herrn Professor em. Dr. Richard Hauser durchgeführte Forschungsprojekt wird von der *Hans-Böckler-Stiftung* gefördert, wofür ich ihr an dieser Stelle vielmals danke.

¹ Datengrundlage ist die faktisch anonymisierte 98%-Substichprobe der EVS 2003, für deren Bereitstellung für das Projekt „Soziale Gerechtigkeit“ dem Statistischen Bundesamt Dank gebührt.

Zu Frage 14 a)

Entsprechen die Möglichkeiten sozialer Teilhabe für Familien mit den ihnen gewährten Regelleistungen gem. dem SGB II ihrem Bedarf bzw. wo bestehen ggf. wesentliche Defizite?

Bedarf – laut Gesetz ein relativ abgegrenztes Konzept

Der in Frage 14 a) verwendete Begriff der sozialen Teilhabe impliziert eine Orientierung an gesellschaftlichen Standards. Auch die Abgrenzung von Bedarf erfolgt im gesellschaftlichen Kontext. Denn nach § 20 Abs. 1 SGB II umfasst die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts neben Ernährung, Kleidung Körperpflege und Hausrat auch Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang *Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben*. Zudem wird in § 20 Abs.4 Satz 2 SGB II vorgeschrieben, bei der Neubemessung der Regelleistung analog zum SGB XII vorzugehen. Entsprechend ist § 28 Abs. 3 SGB XII auch für das SGB II maßgeblich, wonach die Regelsatzbemessung „*Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten*“ auf der Grundlage der „tatsächlichen, statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben von Haushalten in unteren Einkommensgruppen“ berücksichtigen soll; als Datengrundlage ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vorgeschrieben (§ 28 Abs. 3 Satz 4 SGB XII). Ziel ist also die Sicherung eines soziokulturellen Existenzminimums, das sowohl die Grundbedürfnisse wie Ernährung, Kleidung und Körperpflege als auch alltägliche Gebrauchsgüter, soziale Kontakte und kulturelle Teilhabe entsprechend dem in der unteren Einkommensschicht der Gesellschaft üblichen Maß umfasst. Die genaue Abgrenzung der maßgeblichen Referenzgruppe ist im SGB XII allerdings nicht erfolgt, es wird lediglich auf Haushalte in unteren Einkommensgruppen verwiesen.

Bemessung der Regelleistungen laut Regelsatzverordnung – Darstellung und kritische Würdigung

Die gesetzlichen Vorgaben für ein relatives Konzept der Regelleistungsbemessung wurden auf dem Verordnungswege konkretisiert.

- Aus dem Spektrum der Umsetzungsmöglichkeiten wurde mit dem in § 3 der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung – RSV) festgesetzten Aufbau der Regelsätze die Gruppe der Alleinstehenden als maßgeb-

liche Referenzgruppe gewählt, von denen die unteren 20% der nach ihrem Nettoeinkommen geschichteten Haushalte der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) nach Herausnahme der Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe zu berücksichtigen sind (§ 2 Abs. 3 RSV).

- Zudem wurde entschieden, nicht alle Verbrauchsausgaben der Referenzgruppe, sondern nur die Ausgaben für so genannte regelleistungsrelevante Güter und Dienstleistungen mit der Eckregelleistung abzudecken. Auf dem Verordnungswege wurden also normative Setzungen dahingehend eingeführt, dass Hilfebedürftige auf einige Konsumausgaben, die im unteren Fünftel der Alleinstehenden üblich sind, ganz oder teilweise zu verzichten haben. Diese Festlegungen führen zu den in § 2 Abs. 2 RSV aufgeführten und zuletzt zum 1. Januar 2007 geänderten regelleistungsrelevanten Prozentanteilen einzelner Güterabteilungen.
- Die Regelleistungen für Familien werden pauschal aus der Regelleistung für Alleinstehende abgeleitet, indem je Familienmitglied und differenziert nach zwei Altersgruppen prozentuale Anteile des Eckregelsatzes gewährt werden – 60% für Kinder unter 14 Jahren, 80% für ältere Personen (§ 3 Abs. 2 RSV). Entsprechende Festsetzungen wurden für die Regelleistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende übernommen (§ 20 Abs. 3 und § 28 Abs. 1 Nr. 2 SGB II).

Da die Regelleistungen für Familien also stark von dem Bemessungsverfahren für Alleinstehende geprägt sind, ist im Folgenden nicht nur die Frage der für die Höhe des Sozialgeldes wesentlichen Regelleistungsproportionen sondern auch die Praxis der Ableitung der Eckregelleistung zu diskutieren.

(i) Zur Abgrenzung der maßgeblichen unteren Einkommensgruppen

Unabhängig von der Frage des Referenz-Haushaltstyps stellt sich das Problem der Konkretisierung der in § 28 Abs. 3 Satz 3 SGB XII genannten „unteren Einkommensgruppen“. Grundsätzlich sind die Bezugnahme auf das untere Fünftel der nach ihrem Nettoeinkommen geschichteten Haushalte und die Herausnahme der Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 3 RSV) zweckmäßig. Durch letztere Vorschrift soll der Zirkelschluss vom Ausgabeverhalten der Hilfeempfänger auf das ihnen zu gewährende soziokulturelle Existenzminimum vermieden werden. Bei der Umsetzung im Datenauswertungsverfahren der EVS 2003 werden allerdings nur die Haushalte ausgeklammert, bei denen der Lebensunterhalt *überwiegend aus Sozialhilfeleistungen* (künftig: aus Sozialhilfe und/oder Arbeitslosengeld II und Sozialgeld)

bestritten wird. Damit verbleiben zahlreiche Haushalte, die im dreimonatigen Befragungszeitraum nur zeitweilig und/oder nur ergänzend zu vorrangigen Einkommen Sozialhilfe bezogen haben, in der Referenzgruppe. Hilfeempfänger werden also nur teilweise ausgeklammert, die Vorschrift der RSV wird nicht vollständig umgesetzt. Der o. g. Zirkelschluss beeinflusst folglich – wenn auch abgeschwächt – die Ergebnisse der Analyse des Ausgabeverhaltens im unteren Einkommensbereich. Denn

- das Einkommensniveau der Haushalte mit vergleichsweise geringer aufstockender Sozialhilfe – beispielsweise Arbeitnehmer(innen) mit Niedriglöhnen und/oder in Teilzeitarbeit, Arbeitslose mit zu geringem Arbeitslosengeld – entspricht dem der Haushalte mit überwiegendem (aufstockendem oder ausschließlichen) Bezug von Sozialhilfe, ihr Ausgabeverhalten ist wesentlich durch das Sozialhilfeniveau bestimmt;
- und bei unstetigem Einkommensbezug im dreimonatigen Beobachtungszeitraum – beispielsweise zweimonatiger Bezug von Arbeitseinkommen, dann nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben Bezug von Rente mit aufstockender Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – ist das Ausgabeverhalten im Monatsdurchschnitt zumindest teilweise von der Periode des Sozialhilfe- bzw. Grundsicherungsbezugs geprägt.

Nach eigenen Berechnungen ist der Effekt der bisher unvollständigen Herausnahme der Sozialhilfeempfänger aus der Referenzgruppe der Alleinstehenden erheblich. Bei *Herausnahme aller Bezieher von Sozialhilfe* (Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen) bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und anschließender Abgrenzung des unteren Fünftels der Nettoeinkommensverteilung ergäbe sich bei gegebenen regelleistungsrelevanten Anteilen der einzelnen Güterabteilungen eine Eckregelleistung von 358 Euro (gerundeter Wert)² und damit ein um etwa 13 Euro höherer Betrag als der zum 1. Januar festgesetzte Satz. Auf Basis des Originaldatenmaterials, das nur dem Statistischen Bundesamt zur Verfügung steht, ergibt sich möglicherweise eine etwas andere Differenz als auf Basis der für Forschungszwecke zugänglichen 98%-Substichprobe; die Größenordnung dürfte aber ähnlich ausfallen.

Allerdings ist selbst die vollständige Herausnahme der Sozialhilfebezieher aus der Referenzgruppe nicht hinreichend, um den Zirkelschluss vom Ausgabeverhalten der Hilfebedürftigen auf das Hilfeniveau zu vermeiden. Denn nach vorliegenden Schätzungen nehmen nur etwa die

² Dabei wurden aus der Gruppe der Alleinstehenden zunächst alle Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfänger ausgeklammert und im zweiten Schritt die unteren 20% der nach dem Nettoeinkommen geschichteten Alleinstehenden für die weitere Analyse isoliert.

Hälfte bis drei Fünftel der Bedürftigen ihre Ansprüche wahr, die weiteren Anspruchsberechtigten leben in *verdeckter Armut*.³ Dies hat sich zumindest für die Zeit vor der Hartz IV-Reform ergeben, auf die sich die vorliegenden Ausgabedaten der EVS 2003 beziehen.⁴ Die Referenzgruppe zur Ermittlung minimaler Standards bzw. des soziokulturellen Existenzminimums müsste also auch um die Bevölkerung in verdeckter Armut (Dunkelziffer der Armut) – die auf noch geringerem Einkommensniveau als Sozialhilfeempfänger leben – bereinigt werden. Der Effekt dieser weiteren notwendigen Korrektur der Abgrenzung der maßgeblichen unteren Einkommensgruppe ist zwar nicht ohne Weiteres zu quantifizieren, da dazu aufwändige Simulationsrechnungen erforderlich wären; als pragmatischer Ansatz könnte aber zur Abgrenzung der Referenzgruppe eine pauschale Einkommensuntergrenze berücksichtigt werden, die das Sozialhilfeniveau approximativ wiedergibt.

Zwischenfazit:

Die derzeitige Praxis der Abgrenzung der unteren Einkommensgruppen ist in zweifacher Hinsicht – wegen der unvollständigen Herausnahme der Sozialhilfebezieher und der fehlenden Herausnahme von Personen in verdeckter Armut – unzureichend. Dies führt tendenziell zu einer Unterschätzung der für die Eckregelleistung maßgeblichen Ausgaben der Alleinstehenden im unteren Bereich der Einkommensverteilung. Diese Unterschätzung wirkt sich über den an der Eckregelleistung anknüpfenden Aufbau der Regelleistungen in Mehrpersonenhaushalten auch begrenzend auf die Deckung des Bedarfs bei Familien mit Grundsicherungsbezug aus – sofern die Regelleistungsproportionen nicht kompensierend wirken, worauf im Verlauf dieses Gutachtens noch einzugehen sein wird.

ii) Zur Abgrenzung der regelleistungsrelevanten Güter und Dienstleistungen

Die mit der RSV getroffenen Entscheidungen über nicht regelleistungsrelevante Güter und Dienstleistungen führen dazu, dass die Konsummöglichkeiten der Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfänger faktisch in erheblichem Maße hinter denen der Referenzgruppe zurückbleiben – bei Alleinstehenden um 28% bei Bezugnahme auf das bisherige Auswertungskonzept, um 32% bei Herausnahme aller Sozialhilfeempfänger aus der Referenzgruppe. Ob diese Umsetzung von § 28 Abs. 3 SGB XII gerechtfertigt ist, wird im Folgenden unter methodisch-

³ Vgl. Becker/Hauser 2005. Im abschließenden Teil dieser Studie (S. 215-230) findet sich eine komprimierte Ergebnisdarstellung (S. 219-224) mit der hier zitierten Schätzung (S. 221).

⁴ Nach einer neueren Studie ist das Ausmaß verdeckter Armut aber auch nach der Hartz IV-Reform groß; vgl. Becker 2006b.

systematischen Gesichtspunkten erörtert; denn normative Wertungsfragen sind letztlich politisch zu entscheiden und können – wie einleitend in den Vorbemerkungen ausgeführt – mit wissenschaftlichen Methoden nicht gelöst werden.

Übersicht 1 weist die derzeit gültigen regelleistungsrelevanten Anteile der mit der EVS erfassten Güterabteilungen aus. Der Ansatz von lediglich 8% der Ausgaben der Abteilung 4 „Wohnungsmieten, Energie und Wohnungsinstandhaltung“ ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die tatsächlichen und angemessenen Unterkunft- und Heizungskosten neben der Regelleistung gezahlt werden und damit im Rahmen der pauschalen Regelsätze lediglich Instandhaltungsaufwendungen und Stromkosten – soweit sie nicht heizungsbedingt sind – zu berücksichtigen sind. Im Übrigen ergeben sich die Abschläge von den durchschnittlichen Ausgabenpositionen der Referenzgruppe aus der teilweisen oder vollständigen Herausnahme einzelner Ausgabenarten. Die nicht regelleistungsrelevanten Güter und Dienstleistungen sind in Übersicht 2 ausgewiesen.

Übersicht 1: Regelleistungsrelevante Anteile der Ausgaben des untersten Einkommensquintils der Alleinstehenden für Gütergruppen (Abteilungen) gemäß § 2 Abs. 2 RSV

Abteilung 1 und 2: Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	96%
Abteilung 3: Bekleidung und Schuhe	100%
Abteilung 4: Wohnungsmieten, Energie und Wohnungsinstandhaltung	8%
Abteilung 5: Innenausstattung, Haushaltsgeräte und -gegenstände	91%
Abteilung 6: Gesundheitspflege	71%
Abteilung 7: Verkehr	26%
Abteilung 8: Nachrichtenübermittlung	75%
Abteilung 9: Freizeit, Unterhaltung und Kultur	55%
Abteilung 10: Bildungswesen	0%
Abteilung 11: Beherbergungs- und Gaststättenleistungen	29%
Abteilung 12: Andere Waren und Dienstleistungen	67%

Ausgaben im Bereich Bildungswesen (Abteilung 10) werden überhaupt nicht bei der Regelleistungsbemessung berücksichtigt. Bei diesen vernachlässigten Positionen handelt es sich in der Referenzgruppe der Alleinstehenden um Studien-/Prüfungsgebühren an Schulen und Universitäten sowie um Gebühren für Kurse u. ä. (durchschnittlich 3,48 Euro bzw. 2,46 Euro; BMAS 2006, S.36). Die Herausnahme der Studien- und Prüfungsgebühren ist darauf zurückzuführen, dass Schüler und Studierende nicht unter das SGB II fallen, vielmehr im Bedarfsfall nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz unterstützt werden. Angesichts der gesellschaftspolitischen Bedeutung jeglicher Bildungsbeteiligung ist für die Vernachlässigung der

Übersicht 2 : Ausgabenpositionen, die in der Eckregelleistung nicht berücksichtigt werden

Lfd. Nr.	Ausklammerung der Ausgaben für ...
1	Instandhaltung/Schönheitsreparaturen von Wohnungseignern
2	– Material
2	– Handwerker
3	Möbel und Einrichtungsgegenstände zu 20%
4	Haushaltshilfen etc.
5	Dienstleistungen für die Gesundheitspflege
6	Kauf von neuen Kraftfahrzeugen
7	Kauf von gebrauchten Kraftfahrzeugen
8	Kauf von Krafträdern
9	Ersatzteile/Zubehör für Kraftfahrzeuge und Krafträder
10	Kraftstoffe und Schmiermittel (ef294)
11	Wartungen/Reparaturen an Kfz, Kraft- und Fahrrädern
12	Garagen und Stellplatzmieten
13	Sonstige Dienstleistungen im Zusammenhang mit dem Betrieb von Privatfahrzeugen
14	Luftverkehr
15	Mobilfunk
16	Foto-, Filmausrüstung, optische Geräte
17	Bild-, Daten-, Tonträger
18	Langlebige Gebrauchsgüter und Ausrüstungen für Kultur, Sport, Camping und Erholung
19	Gartenerzeugnisse und Verbrauchsgüter für die Gartenpflege
20	Haustiere etc.
21	Außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern
22	Rundfunk- und Fernsehgebühren
23	Glücksspiele
24	Reparaturen für Freizeit, Unterhaltung und Kultur
25	Pauschalreisen
26	Bildungswesen
26	– Kinderbetreuung
27	– Studien-/Prüfungsgebühren an Schulen und Universitäten
28	– Nachhilfeunterricht
29	– Gebühren für Kurse u. ä.
30	Speisen und Getränke in Restaurants etc. zu 66%
31	Speisen und Getränke in Kantinen etc. zu 66%
32	Übernachtungen
33	Schmuck, Uhren
34	Sonstige persönliche Gebrauchsgegenstände
34	Versicherungs-, Finanzdienstleistungen, sonstige Dienstleistungen, Mitgliedsbeiträge an Organisationen ohne Erwerbszweck, Geldspenden, Gerichtskosten, Geldstrafen etc. zu 75%
36	Sonstige Dienstleistungen

Gebühren für Kurse u. ä. allerdings keine Begründung offensichtlich. Weitere bildungsrelevante Güter – Bücher, Zeitungen, Zeitschriften, Schreibwaren etc. – werden nicht unter der Kategorie Bildung sondern unter der Abteilung 9 Freizeit, Unterhaltung und Kultur eingeordnet.

net und fließen mit den vollen Durchschnittsbeträgen (in der Summe 18,12 Euro) in die Regelleistungsbemessung ein. Anders verhält es sich mit den Ausgaben für außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern – ebenfalls Element der Abteilung 9 –, die vollkommen vernachlässigt werden. Dies mag für die Gruppe der Alleinstehenden kaum relevant sein; der Durchschnittsbetrag der Referenzgruppe liegt bei nur 0,75 Euro (BMAS 2006, S. 36). Da die Regelleistungen für Familien aber aus der Eckregelleistung abgeleitet werden, ist die Ausklammerung der Ausgaben für außerschulischen Unterricht im Weiteren aber von Bedeutung.

Im Bereich Gesundheitspflege ergibt sich der Ansatz von 71% der Ausgaben aus dem Ausschluss der Dienstleistungen für die Gesundheitspflege (Arzt-, Zahnarztleistungen etc.). Diese Kosten fallen für Grundsicherungsempfänger insoweit nicht an, als sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Allerdings sind Hilfeempfänger von der zum 1. Januar 2004 eingeführten Praxisgebühr und von Erhöhungen der Zuzahlungen für Medikamente betroffen, da sie die Gebühren zunächst entrichten müssen. Diese Ausgaben(anstiege) sind während der Erhebung der verfügbaren Daten (2003) noch nicht angefallen, so dass eine angemessene Berücksichtigung zu prüfen ist.

Für die weitere systematische Überprüfung der Frage, ob die Vernachlässigung einzelner Ausgabearten gerechtfertigt ist, wird im Folgenden ein Alternativitätskriterium herangezogen:

Wenn eine ausgeschlossene Position nicht zusätzlich sondern alternativ zu einer berücksichtigten Ausgabeart, die der Befriedigung des gleichen Bedürfnisses dient, anfällt, ist ihre vollständige Ausklammerung bei der Regelleistungsbemessung nicht sachgerecht.

Dieses Kriterium folgt aus der Überlegung, dass bei der Zuordnung von Ausgaben zum Bedarf im Sinne des soziokulturellen Existenzminimums bzw. zur nicht bedarfsrelevanten Gütergruppe der Ausgabenzweck – d. h. das Bedürfnis, das mit der Ausgabe befriedigt werden soll – ausschlaggebend ist; wenn der Konsumzweck je nach persönlicher Situation mit unterschiedlichen EVS-Güterkategorien befriedigt werden kann, wäre die vollkommen unterschiedliche Einordnung der Alternativen – zum Einen als regelleistungsrelevant, zum Anderen als nicht regelleistungsrelevant – theoretisch nicht haltbar.

Die Bedeutung des abstrakt formulierten Alternativitätskriteriums wird an folgenden drei Güterbereichen anschaulich.

- Die meisten Positionen der Güterabteilung Verkehr – nämlich alle Ausgaben im Zusammenhang mit privat genutzten Kraftfahrzeugen und Krafträdern – gehen bisher in die Regelleistungsberechnung überhaupt nicht ein (vgl. die Positionen 6 bis 14 in Übersicht 2). Der regelleistungsrelevante Anteil von nur 26% der Verkehrsausgaben (Übersicht 1) resultiert aus den durchschnittlichen Aufwendungen für den öffentlichen Personenverkehr („fremde Verkehrsdienstleistungen“ ohne Luftfahrt) und für Fahrräder – und zwar jeweils bezogen auf die Gesamtzahl der Referenzhaushalte, so dass sich ein Durchschnittsbetrag von nur 15,43 Euro ergibt. Die faktischen, bisher vernachlässigten Ausgaben der Referenzgruppe für Kraftstoffe und Schmiermittel – sie belaufen sich auf 18,45 Euro im Durchschnitt aller Referenzhaushalte (BMAS 2006, S. 36) – fallen aber im Wesentlichen nicht zusätzlich, sondern alternativ zu den Ausgaben für Busse und Bahnen an und dienen dem gleichen Konsumzweck „Mobilität“. Durch die Nutzung eines eigenen Pkw wird der Durchschnitt der Ausgaben für fremde Verkehrsdienstleistungen erheblich gesenkt, so dass die mit dem bisherigen Ansatz ermittelten Mobilitätskosten nach unten verzerrt sind. Das derzeitige Berechnungsverfahren impliziert die Fiktion eines Mobilitätsbedarfs von null bei den faktischen Fahrten der Referenzgruppe mit einem Pkw und ist insofern nicht sachgerecht. Falls also die Hilfebedürftigen infolge einer normativen Entscheidung auf öffentliche Verkehrsmittel verwiesen werden, so müssten in die Regelleistung mindestens die entsprechenden Aufwendungen im Durchschnitt der Haushalte, die ausschließlich öffentliche Verkehrsmittel genutzt haben, einfließen. Nach eigenen Berechnungen liegt dieser Mindestbetrag (ohne Ausgaben für fremde Verkehrsdienstleistungen auf Reisen) in der Referenzgruppe des untersten Fünftels der Alleinstehenden (nach Ausschluss aller Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfänger) bei etwa 28 Euro gegenüber 11 Euro, die derzeit in der Regelleistung berücksichtigt werden. Da die Gruppe derjenigen ohne privat genutztes Kraftfahrzeug wahrscheinlich überwiegend in Gegenden mit guter öffentlicher Verkehrsanbindung und normalerweise kurzen Wegstrecken lebt, muss allerdings davon ausgegangen werden, dass der hier ermittelte Mindestbetrag die Alternativkosten der gesamten Referenzgruppe tendenziell unterschätzt. Abschließend bleibt auf einen grundsätzlichen Aspekt hinzuweisen. Da ein bescheidenes Kraftfahrzeug zum Schonvermögen zählt, ist es fragwürdig bzw. inkonsistent, die entsprechenden laufenden Aufwendungen (Kraftstoffe und Schmiermittel, Wartungen und Reparaturen) als nicht regelleistungsrelevant zu werten, obwohl sie häufig – bei ungünstigen Verbindungen des öffentlichen Personennahver-

kehrs – für Erwerbstätige, Arbeitsuchende und insbesondere für Familien mit Kindern notwendig sind.

- In der Güterabteilung Nachrichtenübermittlung folgt der regelleistungsrelevante Anteil von 75% aus der Ausklammerung der laufenden Kosten für Mobilfunk, die sich im Durchschnitt der Referenzgruppe auf 10 Euro belaufen (BMAS 2006, S. 36). Da neuerdings insbesondere junge Haushalte zunehmend auf einen Festnetzanschluss völlig verzichten, das Handy also nicht zusätzlich sondern alternativ zum herkömmlichen Telefon genutzt wird, ist auch die bisherige Praxis der Berücksichtigung von Kommunikationsdienstleistungen nicht sachgerecht und dementsprechend zu überprüfen. Wenn die Nutzungskosten von Mobilfunktelefonen weiterhin nicht regelleistungsrelevant sind, so müssten die Kosten für Festnetzanschlüsse als Durchschnitt nur über die Haushalte, die über einen Festnetzanschluss verfügen, eingehen; aus Berechnungen des Statistischen Bundesamtes kann geschlossen werden, dass die regelleistungsrelevanten Ausgaben für Nachrichtenübermittlung der Referenzgruppe damit um etwa 4 Euro höher ausfallen (BMAS 2006, S. 36).
- Im Güterbereich Wohnen fließen bisher lediglich die durchschnittlichen Aufwendungen für Instandhaltung und Schönheitsreparaturen (Material und Handwerker) der Mieter, nicht aber die der Eigentümer, die ihre Immobilie als Hauptwohnung nutzen, in die Regelleistungsbemessung ein. Letztere fallen aber nicht zusätzlich zu den Aufwendungen von Mietern sondern bei entsprechender Wohnsituation alternativ an. Die Vernachlässigung der Instandhaltungskosten der Eigennutzer führt zu einer Verzerrung der Durchschnittsaufwendungen nach unten, da die aggregierten Kosten der Referenzgruppe nicht durch die Zahl der Mieterhaushalte, sondern durch die Gesamtzahl der Referenzhaushalte (Mieter- und Eigentümerhaushalte) dividiert wird. Dementsprechend sind die in der Regelleistung berücksichtigten Instandhaltungsaufwendungen letztlich von der Struktur der Referenzgruppe nach Mietern und Eigennutzern abhängig, was nicht sachgerecht ist. Ein adäquater Ansatz der Regelleistungsbemessung müsste entweder die Durchschnittskosten pro Mieterhaushalt oder die Summe der Durchschnittskosten pro Mieter- und pro Eigennutzerhaushalt berücksichtigen. Es handelt sich hier zwar um marginale Beträge – 2,74 Euro und 0,67 Euro bei derzeitiger Abgrenzung der Referenzgruppe (BMAS 2006, S. 35) –, bei adäquater Abgrenzung des unteren Einkommensbereichs oder bei Wahl eines anderen Referenz-Haushaltstyps aber möglicherweise um merkliche Ausgabearten.

Zwischenfazit

Einige der als nicht regelleistungsrelevant eingestuften Ausgabearten dienen teilweise dem gleichen Zweck wie regelleistungsrelevante Ausgaben und fallen alternativ, nicht zusätzlich an. Ihre Ausklammerung aus dem Verfahren der Eckregelleistungsermittlung ist nicht sachgerecht und führt zu einer systematischen Untererfassung des als regelleistungsrelevant erachteten Konsums. Dies gilt insbesondere für den Ausgabenbereich Verkehr und begrenzt über die für alle Haushaltstypen maßgebliche Bedeutung der Eckregelleistung auch die Mobilität von Familien mit Kindern. Da der Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln eine wesentliche Voraussetzung für eine sinnvolle Freizeitgestaltung von Kindern ist, ist eine unzureichende Berücksichtigung der entsprechenden Kosten in der Grundsicherung für Familien besonders nachteilig.

iii) Zur Begründung der Regelleistungsproportionen

Zweifel an der Angemessenheit der Familien gewährten Regelleistungen werden in aktuellen Debatten allerdings nicht aus den bisher erörterten Aspekten abgeleitet. Sie gründen sich vielmehr auf die Tatsache, dass durch die Bezugnahme auf Alleinstehende bei der Eckregelleistungsermittlung keine explizite Berücksichtigung kindspezifischer Bedarfe erfolgt, und zudem auf die These, dass die Regelleistungsproportionen von 60% für Kinder unter 14 Jahren und 80% für Kinder ab vollendetem 14. Lebensjahr eine relative Unterdeckung der allgemeinen Bedarfe – Ernährung, Kleidung etc. – implizieren. Das derzeitige Verfahren führt dennoch nicht zwangsläufig zu einer unzureichenden Deckung des soziokulturellen Existenzminimums von Familien, da sich bei Familien eine andere Konsumstruktur als bei Alleinstehenden ergibt. Haushaltsgrößenersparnisse, teilweise weniger Nahrungsmittelbedarf pro Kopf – zumindest bei kleinen Kindern – und die relativ geringere Bedeutung erwachsenenspezifischer Güter und Dienstleistungen gegenüber Alleinstehenden können die besonderen kindbedingten Ausgaben von Familien und die Abschläge von der Eckregelleistung (um 40% bzw. 20%) kompensieren. Theoretisch kann also ein Ausgleich stattfinden.

Unter dem Gesichtspunkt der mit dem Haushaltstyp variierenden Konsumstrukturen ist die häufig formulierte Kritik, dass Kindern in Familien mit Grundsicherungsbezug nur 60% bzw. ab vollendetem 14 Lebensjahr 80% der Nahrungsmittelausgaben eines Erwachsenen und „kein Cent“ für Bildung zugestanden wird, eine These, die empirisch überprüft werden muss. Die Bundesregierung vertritt die Gegenthese, die im Folgenden als Kompensationsthese dis-

kutiert wird. In der Antwort auf die Große Anfrage einiger Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE zu Ursachen und Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen wird zur Begründung, dass ein spezieller Kinderregelsatz „mit dem Statistik-Modell nicht in Einklang steht“, ausgeführt (Deutscher Bundestag 2008a, S. 15): „Ein höherer Bedarf für einzelne Güter wird daher durch einen geringeren Bedarf an anderen Gütern kompensiert. Darüber hinaus wurde auch deshalb von der Ermittlung eines speziellen Kinderregelsatzes abgesehen, weil Überprüfungen gezeigt haben, dass nur ein Teil der Ausgaben direkt dem Kind zugeordnet werden kann. Bei dem überwiegenden Teil der Verbrauchsausgaben ist eine exakte Verteilung auf Erwachsene und Kinder nur durch normative Festlegungen möglich.“ In gewissem Widerspruch dazu steht die Zusage (Deutscher Bundestag 2008a, S. 14): „Die Bundesregierung wird im Rahmen der Auswertung der EVS 2008 auch die Kinderregelsätze überprüfen.“

Abgesehen von der allgemeinen Kompensationsthese begründet die Bundesregierung die altersabhängige Abstufung des Sozialgeldes, die nur zwei Gruppen vorsieht, mit einer wissenschaftlichen Untersuchung des Statistischen Bundesamtes auf Basis der EVS 1998 (Münich/Krebs 2002). Die Datenanalysen hätten ergeben, dass „ältere Kinder etwa ein Drittel höhere Kosten als jüngere Kinder verursachen“ (Deutscher Bundestag 2008a, S. 13). In der Studie des Statistischen Bundesamtes wird allerdings nach drei Altersgruppen – bis 5 Jahre, 6 bis 11 Jahre und 12 bis 17 Jahre – differenziert, für die sich erhebliche Unterschiede zwischen den kindbedingten Konsumausgaben zeigen (426 Euro, 500 Euro, 625 Euro für das Jahr 1998; Münich/Krebs 2002, S. 1090). Die Bundesregierung hat offenbar einen Näherungswert der relativen Differenzen abgeleitet, um die Ergebnisse für Regeln des SGB II und der RSV heranziehen zu können, die nach nur zwei Altersgruppen unterscheiden und insoweit als recht willkürlich erscheinen. Zu der zitierten Begründung der Bundesregierung ist grundsätzlich anzumerken, dass die meisten Ausgabearten, wie sie selbst an anderer Stelle ausführt, „gemischt“ sind – das heißt von Erwachsenen und Kindern konsumiert werden (z. B. Nahrungsmittel, Telefon, Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen bzw. -einrichtungen) –, die Ermittlung der kindbedingten Ausgaben(anteile) also auf der Basis von (pragmatischen) Vorentscheidungen über Aufteilungsschlüssel erfolgte und insoweit diskussionswürdig ist. Zudem sind in der Studie die nicht regelleistungsrelevanten Unterkunfts- und Heizkosten miteinbezogen. Wesentlich gravierender sind aber folgende Einwendungen gegen die Übertragung der Ergebnisse der Analyse des Statistischen Bundesamtes auf den unteren Einkommensbereich. Die altersspezifischen Konsumausgaben für Kinder haben sich für Paarhaushalte mit einem Kind im Durchschnitt über alle Einkommensgruppen ergeben und spiegeln die

unterschiedlichen Verteilungen der drei Gruppen über Einkommensklassen. So stellen die Autoren der Studie (Münnich/Krebs 2002, S. 1092) fest, „dass die Eltern von Kindern in höherem Alter sich in der Regel länger im Berufsleben befinden als die Eltern jüngerer Kinder und deshalb vielfach höhere Positionen einnehmen und damit auch entsprechend höhere Erwerbseinkommen erzielen als die Eltern von Kleinkindern“. Die bei älteren Kindern vergleichsweise häufigen mittleren und hohen Elterneinkommen haben ein vergleichsweise hohes durchschnittliches Konsumniveau zur Folge, so dass die ermittelten Differenzen zwischen den Ausgaben für Kinder der drei Altersgruppen nicht nur auf altersbedingte Bedarfsunterschiede sondern auch auf Unterschiede zwischen den gruppenspezifischen Einkommensverteilungen zurückzuführen sind. Unter diesen Gesichtspunkten ist die zitierte empirische Untersuchung nicht hinreichend zur Begründung von konkreten Altersabstufungen des Sozialgeldes.

In der Diskussion über die Angemessenheit der Regelleistungsproportionen bzw. um Kinderregelsätze stehen sich also letztlich Thesen und nur wenig Fakten gegenüber. Es empfiehlt sich, vertiefende empirische Untersuchungen durchführen zu lassen, die sich auf den unteren Bereich der Einkommensverteilung konzentrieren. Erste Hinweise zur Frage der Plausibilität der Kompensationsthese ergeben sich aus den in Tabelle 1 ausgewiesenen Konsumstrukturen von Alleinstehenden einerseits und Paaren mit einem Kind andererseits im jeweiligen unteren Fünftel (Quintil) der gruppenspezifischen Einkommensverteilung; dabei wurden entsprechend den Ausführungen zur adäquaten Abgrenzung des unteren Einkommensbereichs (s. o. unter i)) alle Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfänger ausgeklammert, nicht aber Personen in verdeckter Armut, deren Erkennung einen erheblichen methodischen Aufwand erfordert hätte.

Die Gegenüberstellung von gruppenspezifischen Quintilen impliziert zwar eine methodisch begrenzte Aussagekraft, da die relativen Einkommenspositionen der verschiedenen Haushaltstypen nicht unmittelbar vergleichbar sind⁵. Im vorliegenden Kontext ist die Heranziehung eines Familientyps als Referenzgruppe aber unvermeidlich. Dabei erscheint die Paarfamilie mit einem Kind als besonders geeignet, da für diese Gruppe die im Weiteren notwendige Differenzierung nach dem Kindesalter unproblematisch ist und zudem eine vergleichsweise gleichmäßigere Verteilung über die Quintile der Einkommensverteilung der Gesamtbevölkerung zu beobachten ist.

⁵ Die unterschiedenen Gruppen sind in der Einkommensverteilung insgesamt unterschiedlich positioniert.

Tabelle 1: Ausgabenstruktur¹ der Alleinstehenden und der Paare mit einem Kind unter 18 Jahren des jeweils untersten Quintils²

Güter- und Verbrauchsgruppen	Ausgabenstruktur in %	
	Alleinstehende	Paare mit einem Kind
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	16,6	19,3
Bekleidung und Schuhe	4,6	5,3
Wohnen	40,1	31,4
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc.	3,8	5,7
Gesundheitspflege	2,2	1,8
Verkehr	8,7	12,7
Nachrichtenübermittlung	5,2	4,5
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	9,7	10,1
Bildungswesen	0,8	1,3
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	3,8	3,2
Andere Waren und Dienstleistungen	4,6	4,7

¹ Ausgaben der jeweiligen Kategorie in Relation zu den gesamten privaten Konsumausgaben der Gruppe.

² Ermittlung von quartalsspezifischen Quintilsgrenzen – nach Ausschluss von Haushalten mit Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug und getrennt für beide Haushaltstypen – und entsprechende (quartalsspezifische) Zuordnung der Haushalte zu Quintilen.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der faktisch anonymisierten 80%-Stichprobe der EVS 2003 (Alleinstehende; vgl. Becker 2006, Tabelle 4) bzw. der faktisch anonymisierten 98%-Stichprobe der EVS 2003 (Paare mit einem Kind).

Tabelle 1 zeigt einen gegenüber Alleinstehenden deutlich höheren Anteil der Ausgaben für Nahrungsmittel und Getränke der Paare mit einem Kind im unteren Einkommensbereich. Im Übrigen ergeben sich erheblich höhere Ausgabenanteile für Einrichtungsgegenstände etc. und insbesondere für Verkehr. Letztere Ausgabengruppe unterliegt dem geringsten und zudem nicht sachgerecht ermittelten regelleistungsrelevanten Anteil, der somit bei Familien vergleichsweise stark einschränkend wirkt. Demgegenüber fallen die Unterschiede bei den anderen Ausgabenkategorien gering aus – mit Ausnahme des Bereichs Wohnen. Bei den Familien mit einem Kind im unteren Einkommensbereich bleibt der Anteil der Wohnkosten an den Konsumausgaben insgesamt um fast neun Prozentpunkte hinter dem Vergleichswert der Alleinstehenden zurück. Hier zeigen sich beträchtliche Haushaltsgrößenersparnisse, die allerdings wegen der individuellen Erstattung der warmen Unterkunftskosten im Grundsicherungssystem nicht regelleistungsrelevant sind. Von diesen „economies of scale“ geht also kein Effekt aus, der die fehlende Berücksichtigung kindspezifischer Bedarfe in der Regelleistung ausgleichen könnte. Für die Kompensationsthese, mit der die pauschale Ableitung der Regelleistungen für Kinder aus dem Ausgabeverhalten von Alleinstehenden begründet wird, ergeben die Konsumstrukturen der relevanten Haushaltstypen also keine Hinweise.

Zwischenfazit

Begründung wie auch Kritik der gegenwärtigen Regelleistungsproportionen beruhen bisher weitgehend auf Thesen. Für eine sachliche Weiterentwicklung der Grundsicherung sollten vertiefende empirische Analysen durchgeführt werden, um die der derzeitigen Gestaltung immanente Kompensationsthese zu prüfen. Vorliegende wissenschaftliche Studien über das Ausgabeverhalten von Familien insgesamt sind nicht hinreichend für Schlussfolgerungen, die sich speziell auf den Niedrigeinkommensbereich beziehen. Ein erster Vergleich der Konsumstrukturen von Alleinstehenden und Paaren mit einem Kind – ohne Differenzierung nach dem Kindesalter – führt nicht zur Stützung der Kompensationsthese.

iv) Ausgaben der Paarfamilien mit einem Kind im unteren Einkommensbereich – empirische Analyse und Fazit zu Frage 14 a)

Die Ausführungen unter i) bis iii) enthalten Hinweise zur sachgerechten Ermittlung des Bedarfs von Familien in Analogie zu den derzeitigen gesetzlichen Regeln für die Berechnung der Eckregelleistung. Wie bereits bei der Analyse von Konsumstrukturen (Tabelle 1) werden auch im Folgenden die Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind im unteren Einkommensbereich als Referenzgruppe herangezogen, deren durchschnittliche Ausgaben – nach sinngemäßer Beschränkung auf regelleistungsrelevante Anteile – den Regelleistungen nach dem SGB II gegenübergestellt werden können. Damit sollen Hinweise darauf gegeben werden, wie viel Teilhabe von Familien das politisch gesetzte Existenzminimum ermöglicht bzw. inwieweit Ausgrenzung entgegengewirkt wird. Kinder empfinden ihre eigene Situation im Vergleich mit der von Spielkameraden, Freunden und Mitschüler(inne)n, relative Chancen oder Benachteiligungen erwachsen insbesondere aus Unterschieden zu anderen Familien des sozialen Umfeldes. Von daher sind die Verbrauchsausgaben der Familien selbst – hier repräsentiert durch einen weit verbreiteten Familientyp – im Rahmen der Grundsicherungsdiskussion zu berücksichtigen. Auf eine Differenzierung nach dem Kindesalter wird zunächst verzichtet.

Tabelle 2: Durchschnittsausgaben und Ausgaben nach Abschlägen in Anlehnung an die Regelsatzverordnung¹ (Euro p. M.) von Paaren mit einem Kind unter 18 Jahren im unteren Einkommensbereich²

Güter- und Verbrauchsgruppen	Durchschnitt in Euro p. M.	
	insgesamt	nach Abschlägen gem. RSV
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	342,93	329,21
Bekleidung und Schuhe	93,79	93,79
Wohnen	558,79	67,64 ³
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc.	102,04	92,86
Gesundheitspflege	31,81	22,59
Verkehr	224,82	74,40 ⁴
Nachrichtenübermittlung	79,07	59,30
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	180,03	99,02
Bildungswesen	23,28	23,28 ⁵
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	56,67	16,43
Andere Waren und Dienstleistungen	84,34	56,51
Ausgabensumme		
– insgesamt ⁶	1.777,57	
– ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung ⁶	1.286,42	935,03
nachrichtlich: Haushaltsnettoeinkommen	1.746,53	
Regelleistung gemäß SGB II, Januar 2007	828 bzw. 897	

¹ Bei den Ausgabengruppen Wohnen, Verkehr und Bildung wurden die Durchschnittsausgaben abweichend von der Regelsatzverordnung (RSV) ermittelt; vgl. die Erläuterungen in den Fußnoten 3 bis 5.

² Ermittlung von quartalspezifischen Quintilsgrenzen für den hier gewählten Haushaltstyp – nach Ausschluss von Haushalten mit Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug – und entsprechende (quartalspezifische) Zuordnung der Haushalte zu Quintilen.

³ Ermittlung analog zur derzeitigen Praxis bei der Bemessung des Eckregelsatzes: Summe der durchschnittlichen Instandhaltungsaufwendungen der Mieter und 85% der durchschnittlichen Stromkosten, die sich für Paare mit einem Kind im unteren Einkommensbereich ergeben; entsprechend der Argumentation zur Begründung von regelleistungsrelevanten Anteilen (s. o. unter ii)) wurden aber auch die durchschnittlichen Instandhaltungsaufwendungen der Eigennutzer (12,07 Euro) berücksichtigt.

⁴ Entsprechend der Argumentation zur Begründung von regelleistungsrelevanten Anteilen (s. o. unter ii)) wurden neben den Ausgaben für Fahrräder und für öffentliche Verkehrsmittel die Ausgaben für Kraft- und Schmiermittel – das heißt im Wesentlichen Benzin- bzw. Dieselskosten für einen eigenen Pkw – teilweise mit einbezogen. Denn da die Teilgruppe, die ausschließlich öffentliche Verkehrsmittel genutzt hat, so geringe Fallzahlen aufweist, dass keine statistisch signifikanten Durchschnittswerte berechnet werden können, wurde auf die größere Gruppe der Familien, die sowohl öffentliche Verkehrsmittel als auch einen Pkw genutzt hat, zurückgegriffen; von den laufenden Pkw-Kosten wurden aber nur 50% berücksichtigt unter der Annahme, dass die alternative Nutzung von Bussen und Bahnen entsprechend kostengünstiger wäre.

⁵ Die durchschnittlichen Bildungsausgaben wurden ohne Abschläge angesetzt, da sie entsprechend der Kompensationsthese mit den Regelleistungen implizit abgedeckt sein sollen.

⁶ Diese Beträge ergeben sich vereinfachend ohne Mitgliedsbeiträge an Organisationen ohne Erwerbszweck, Geldspenden sowie Gerichtskosten, Geldstrafen etc, die mit 25% des Durchschnittswerts (0,71 Euro) im Eckregelsatz berücksichtigt werden.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der faktisch anonymisierten 98%-Stichprobe der EVS 2003.

Tabelle 2 bezieht sich auf das untere Fünftel der nach dem Haushaltsnettoeinkommen geschichteten Paarhaushalte mit einem Kind unter 18 Jahren, wobei vorab alle Haushalte mit Bezug von Sozialhilfe oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – nicht nur die Haushalte, die überwiegend von diesen Transfers leben – ausgeschlossen wurden (vgl.

Abschnitt i)). Eine Ausklammerung auch der Familien in verdeckter Armut ist hier wegen der damit verbundenen Schwierigkeiten und Hypothesenbildungen nicht erfolgt; mit dem somit noch unvollständigen Ansatz können die wesentlichsten Aspekte, die bei der Ermittlung des Familienbedarfs vergleichsweise unproblematisch sind, isoliert herausgearbeitet werden. In der linken Ergebnisspalte der Tabelle 2 sind die durchschnittlichen Gesamtausgaben der Referenzgruppe ausgewiesen, in der rechten Spalte die regelleistungsrelevanten Ausgaben bei sinngemäßer und analoger Anwendung der Vorschriften zur Ermittlung des Eckregelsatzes:

- Entsprechend den Ausführungen unter Abschnitt ii) zum Alternativitätskriterium ist
 - bei den Wohnkosten die Instandhaltungsaufwand der Eigennutzer-Haushalte mitberücksichtigt
 - und bei den Ausgaben für Verkehr ein approximativer Ansatz zur Ermittlung mindestens üblicher Kosten gewählt worden, bei dem berücksichtigt wird, dass die meisten Familien – auch im unteren Einkommensbereich – überwiegend einen Pkw nutzen (vgl. Fußnote 4 zu Tabelle 2).
- Zudem sind die bei Familien unabdingbaren Bildungsaufwendungen in voller Höhe des Durchschnittsaufwands der Referenzgruppe einbezogen, da diese entsprechend der Kompensationsthese der Bundesregierung von den derzeitigen Regelleistungen gedeckt sein sollen.

Für die anderen Gütergruppen wurden die für Alleinstehende ermittelten regelleistungsrelevanten Anteile aus der RSV übernommen. Auf die Einbeziehung eines Teils der Kosten für Mobilfunk (vgl. Abschnitt ii) wurde verzichtet. Auch die Berücksichtigung von gruppenspezifischen regelleistungsrelevanten Anteilen auf der Basis der Konsumstrukturen der Familien ist – mit Ausnahme der o. g. Bereiche Wohnen und Verkehr – unterblieben, eine entsprechende Datenauswertung hat ergeben, dass dies zu nur marginalen Abweichungen von der RSV führen würde.

Im Durchschnitt aller Paarhaushalte mit einem Kind unter 18 Jahren des unteren Einkommensbereichs ergibt sich so ein Bedarf bzw. soziokulturelles Existenzminimum von monatlich 935 Euro. Dem steht eine Regelleistung von 828 Euro bei einem Kind unter 14 Jahren bzw. 897 Euro bei einem älteren Kind, die sich aus der Neufestsetzung der Eckregelleistung zum Januar 2007 und den derzeit gültigen Regelleistungsproportionen ergibt, gegenüber.⁶ Dem-

⁶ Hier und im Folgenden werden die aus der jüngsten Neufestsetzung des Eckregelsatzes auf Basis der EVS 2003 folgenden Regelleistungen vor den zwei Anhebungen jeweils zum 1. Juli (2007 und 2008) zum Vergleich herangezogen. Denn die gesetzlich vorgeschriebenen Erhöhungen entsprechend der Rentenentwicklung hätten auch für den hier für Familien ermittelten Bedarf gelten müssen.

nach bleiben die Möglichkeiten sozialer Teilhabe für Familien mit den ihnen gewährten Regelleistungen gem. dem SGB II hinter ihrem Bedarf zurück. Dies gilt insbesondere für Familien mit Kindern unter 14 Jahren. Das Defizit bei der Bedarfsdeckung von Familien fällt tendenziell noch höher aus als aus Tabelle 2 hervorgeht, da bei den vorstehenden Berechnungen die Familien in verdeckter Armut nicht ausgeklammert wurden. Bei der Interpretation der somit unterzeichneten Defizite von monatlich etwa 100 Euro bzw. ca. 40 Euro ist zwar zu berücksichtigen, dass bei der Ableitung des in Tabelle 2 dargestellten Bedarfs nicht nach dem Kindesalter differenziert wurde (vgl. dazu die Ausführungen zu Frage 14 c). Da die Mehrzahl der Kinder der Referenzgruppe aber unter 14 Jahren ist, dürfte der Bedarf dieser Teilgruppe bei der Durchschnittsbildung dominieren. *Die Annahme, dass kindspezifische Bedarfe, die bisher nicht explizit in die Bemessung der Regelleistung eingehen, implizit – infolge von Haushaltsgrößenersparnissen und relativ geringer Bedeutung erwachsenspezifischer Güter – Berücksichtigung finden (Kompensationsthese), ist also offenbar nicht zutreffend.*

Der zweite Teil der Beweisfrage 14 a), wo ggf. wesentliche Defizite bestehen, kann auf zwei Aspekte bezogen werden. Zum Einen kann es um besondere Defizite von Teilgruppen gehen; darauf wird hinsichtlich relevanter Altersgruppen im Zusammenhang mit den Fragen 14 c) und 14 d) eingegangen. Zum Anderen kann die Frage auf einzelne Bedarfskomponenten bezogen werden. Insoweit kann sie im Rahmen des Statistikmodells nicht beantwortet werden, da das Defizit aus der Gegenüberstellung von Gesamtbedarf und gesamter Regelleistung resultiert und nicht einzelnen Gütern zugeordnet werden kann. Allerdings gibt es Hinweise auf besondere Defizite, wenn die Annahmen und die daraus folgenden *Grenzen des Statistikmodells* berücksichtigt werden. Die maßgeblichen Beträge einzelner Ausgabearten ergeben sich als Durchschnitt über alle Haushalte. Da bei vielen Positionen aber nur ein Teil der Haushalte die spezielle Ausgabe getätigt hat – der entsprechende Bedarf tritt nicht in jedem Monat auf –, bleibt der Durchschnittswert hinter den faktischen Kosten derjenigen, bei denen die Ausgabe tatsächlich angefallen ist, zurück. Nach der Logik des Statistikmodells wird dies kompensiert durch die in der Regelleistung berücksichtigten Ausgabearten, die beim jeweiligen Hilfeempfänger nicht angefallen sind; außerdem soll der Hilfeempfänger Rücklagen für Reparaturen und Ersatzbeschaffungen bilden. Dass ein derartiger Ausgleich durch die individuell verschiedenen Ausgabenstrukturen erfolgen kann, ist beim Bildungsbereich zweifelhaft. Denn der sich hier ergebende Durchschnittsbetrag von etwa 23 Euro dürfte die faktischen Kosten einer Kinderbetreuung, von Nachhilfeunterricht oder anderen Bildungsausgaben so stark unterschreiten, dass dies mit vergleichsweise geringem Bedarf bei anderen Gütern bzw. mit Ein-

schränkungen – z. B. beim Gaststättenbesuch – kaum zu kompensieren ist. Zudem fallen die genannten Bildungsaufwendungen, auf die im Zusammenhang mit Frage 15 nochmals eingegangen wird, gegebenenfalls regelmäßig an, von Ansparphasen kann also nicht ausgegangen werden. Ähnliches gilt für Schulmaterial, das in der EVS-Systematik unter den Rubriken Bücher, Zeichen- und Schreibmaterial der Güterkategorie Freizeit, Unterhaltung und Kultur zugeordnet ist. Insoweit zeigen sich Defizite der gegenwärtigen Grundsicherungsleistungen für Familien insbesondere bei den Kosten für Betreuung, Bildung und besonderer Förderung von Kindern und Jugendlichen; derartige Kosten sind mit allgemeinen Regelleistungen kaum vollständig abzudecken.

Zu Frage 14 b)

Lässt sich im Vergleich zu Einzelpersonen eine relative Unterdeckung nachweisen?

Auf die Frage der relativen Unterdeckung wird zunächst in Bezug zu den Gesamtausgaben der Einzelpersonen und Familien im unteren Einkommensbereich eingegangen. Erste Hinweise auf gruppenspezifisch unterschiedliche Deckungen der faktischen Ausgaben ergeben sich aus dem in Tabelle 3 dargestellten Vergleich des Vielfachen, das die Ausgaben der Paare mit einem Kind unter 18 Jahren gegenüber den Ausgaben der Alleinstehenden ausmachen, mit dem entsprechenden Vielfachen der Regelleistung. Für die Ausgaben ohne Unterkunft und Heizung ergibt sich eine Relation von 2,5, für die Ausgaben Summe insgesamt aber eine Relation von lediglich 2,2. In diesem Unterschied spiegelt sich die erhebliche Degression der – nicht regelleistungsrelevanten – Wohnkosten bzw. die hier besondere Haushaltsgrößenersparnis, die sich schon bei den in Tabelle 1 dargestellten Konsumstrukturen zeigte.

Da die Regelleistung für Paarhaushalte mit einem Kind unter 14 Jahren nur das 2,4fache der Eckregelleistung ausmacht und die relevante Ausgabenrelation – wie gezeigt – bei 2,5 liegt, deutet sich eine relative Unterdeckung zumindest für diese Teilgruppe an. Sie zeigt sich auch daran, dass mit der für 2007 neu festgesetzten Eckregelleistung 68% der Durchschnittsausgaben – ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung – eines Alleinstehenden gedeckt werden, mit der daraus abgeleiteten Regelleistungssumme der Referenzfamilie nur 65% der entsprechenden durchschnittlichen Konsumausgaben. Hinsichtlich einzelner Gütergruppen fallen insbesondere die Ausgabenvielfache bei Einrichtungsgegenständen etc., beim Verkehr und bei der Bildung mit deutlich über drei sehr hoch aus, so dass die vergleichsweise geringen regel-

leistungsrelevanten Anteile dieser Gütergruppen bei Familien relativ stark einschränkend wirken. Da die Wohnkosten nicht regelleistungsrelevant sind, kann die hier besondere Haushaltsgrößenersparnis die Kostenprogressionen in diesen anderen Konsumbereichen nicht kompensieren; offenbar können auch die weiteren Haushaltsgrößenersparnisse – z. B. im Bereich Nachrichtenübermittlung – keinen vollständigen Ausgleich bewirken.

Tabelle 3: Ausgaben der Alleinstehenden und der Paare mit einem Kind des jeweils untersten Quintils¹

Güter und Verbrauchsgruppen	Alleinstehende	Paare mit einem Kind²	
	<i>Durchschnittsausgaben in Euro p. M.</i>		<i>Vielfaches der Alleinstehenden</i>
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	133,83	342,93	2,6
Bekleidung und Schuhe	36,79	93,79	2,5
Wohnen	323,99	558,79	1,7
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc.	30,28	102,04	3,4
Gesundheitspflege	17,95	31,81	1,8
Verkehr	70,15	224,82	3,2
Nachrichtenübermittlung	41,93	79,07	1,9
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	78,35	180,03	2,3
Bildungswesen	6,90	23,28	3,4
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	30,53	56,67	1,9
Andere Waren und Dienstleistungen	36,97	84,34	2,3
Ausgabensumme			
– insgesamt ³	807,67	1.777,57	2,2
– ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung ³	514,40	1.286,42	2,5
nachrichtlich: Haushaltsnettoeinkommen	730,96	1.746,53	2,4

¹ Ermittlung von quartalspezifischen Quintilsgrenzen – nach Ausschluss von Haushalten mit Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug und getrennt für beide Haushaltstypen – und entsprechende (quartalspezifische) Zuordnung der Haushalte zu Quintilen.

² Paare mit einem Kind unter 18 Jahren.

³ Diese Beträge ergeben sich vereinfachend ohne Mitgliedsbeiträge an Organisationen ohne Erwerbszweck, Geldspenden sowie Gerichtskosten, Geldstrafen etc, die mit 25% des Durchschnittswerts (0,71 Euro) im Eckregelsatz berücksichtigt werden.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der faktisch anonymisierten 80%-Stichprobe der EVS 2003 (Alleinstehende; vgl. Becker 2006, Tabelle 4) bzw. der faktisch anonymisierten 98%-Stichprobe der EVS 2003 (Paare mit einem Kind).

Die Frage nach der relativen Unterdeckung kann aber auch auf das unterschiedlich starke Zurückbleiben der derzeitigen Regelleistungen hinter den eher sachgerecht ermittelten Bedarfen nach Abschlägen im Sinne der RSV (vgl. die Ausführungen zu Frage 14 a)) bezogen werden. Aus Tabelle 2 (s. o. zu Frage 14 a), Punkt iv)) ergibt sich für die Paarhaushalte mit einem Kind unter 18 Jahren eine Unterdeckung von 107 Euro (Kind unter 14 Jahren) bzw. 38 Euro (Kind ab 14 Jahren), das sind in Relation zum Durchschnittsbedarf 11,4% bzw. 4,1%. Tabelle

4 ist analog aufgebaut und weist neben den aus der ersten Ergebnisspalte von Tabelle 3 übernommenen Gesamtausgaben der Alleinstehenden den Bedarf im Sinne der RSV dieser Gruppe aus. Abweichungen gegenüber der Praxis der Bestimmung des Eckregelsatzes resultieren aus dem Ausschluss aller Empfänger von Sozialhilfe oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie aus der sachgerechten Ermittlung von Aufwendungen für die Wohnungsinstandhaltung und für fremde Verkehrsdienstleistungen (vgl. Fußnote 4 zu Tabelle 4).

Tabelle 4: Durchschnittsausgaben und Ausgaben nach Abschlägen in Anlehnung an die Regelsatzverordnung¹ (Euro p. M.) von Alleinstehenden im unteren Einkommensbereich²

Güter- und Verbrauchsgruppen	Durchschnitt in Euro p. M.	
	insgesamt	nach Abschlägen gem. RSV
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	133,83	128,48
Bekleidung und Schuhe	36,79	36,79
Wohnen	323,99	27,35 ³
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc.	30,28	27,55
Gesundheitspflege	17,95	12,74
Verkehr	70,15	29,72 ⁴
Nachrichtenübermittlung	41,93	31,45
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	78,35	43,09
Bildungswesen	6,90	0,00
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	30,53	8,85
Andere Waren und Dienstleistungen	36,97	24,77
Ausgabensumme		
– insgesamt ⁵	807,67	
– ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung ⁵	514,40	370,79
nachrichtlich: Haushaltsnettoeinkommen	730,96	
Regelleistung gemäß SGB II, Januar 2007	345	

¹ Bei den Ausgabengruppen Wohnen, Verkehr und Bildung wurden die Durchschnittsausgaben abweichend von der Regelsatzverordnung (RSV) ermittelt; vgl. die Erläuterungen in den Fußnoten 3 bis 5.

² Ermittlung von quartalspezifischen Quintilsgrenzen für den hier gewählten Haushaltstyp – nach Ausschluss von Haushalten mit Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug – und entsprechende (quartalspezifische) Zuordnung der Haushalte zu Quintilen.

³ Nach derzeitiger Praxis der Bemessung des Eckregelsatzes gehen hier die durchschnittlichen Instandhaltungsaufwendungen der Mieter und 85% der durchschnittlichen Stromkosten ein; entsprechend der Argumentation zur Begründung von regelleistungsrelevanten Anteilen (s. o. zur Frage 14 a) unter ii)) wurden aber auch die durchschnittlichen Instandhaltungsaufwendungen der Eigennutzer (0,80 Euro) berücksichtigt.

⁴ Entsprechend der Argumentation zur Begründung von regelleistungsrelevanten Anteilen (s. o. unter ii)) wurde hier der Durchschnitt der Ausgaben für öffentliche Verkehrsmittel der Teilgruppe, die ausschließlich öffentliche Verkehrsmittel genutzt hat, berücksichtigt.

⁵ Diese Beträge ergeben sich vereinfachend ohne Mitgliedsbeiträge an Organisationen ohne Erwerbszweck, Geldspenden sowie Gerichtskosten, Geldstrafen etc, die mit 25% des Durchschnittswerts (0,71 Euro) im Eckregelsatz berücksichtigt werden.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der faktisch anonymisierten 80%-Stichprobe der EVS 2003 (vgl. Becker 2006, Tabelle 4).

Der so ermittelte Bedarf (rechte Spalte von Tabelle 4) summiert sich auf gut 370 Euro; damit folgt aus dem zum Januar 2007 neu festgesetzten Eckregelleistung eine Unterdeckung von

7,0%. Zumindest für Familien mit einem Kind unter 14 Jahren ist also eine relative Unterdeckung feststellbar, da die Bedarfslücke um gut vier Prozentpunkte höher ausfällt. Ob und inwieweit die relative Unterdeckung im Falle der prinzipiell notwendigen, bisher aber unterlassenen Ausklammerung der Haushalte in verdeckter Armut größer oder mäßiger ausfällt, kann im Rahmen dieses Gutachtens nicht geklärt werden.

Zu Frage 14 c)

Welche Unterschiede bestehen insoweit speziell für einen dreiköpfigen Familienhaushalt wie dem der Kläger?

Der Haushalt der Kläger entspricht dem im Vorhergehenden gewählten Referenztyp des Paares mit einem Kind. Um die Frage der Bedarfsdeckung für die Kläger genauer beantworten zu können, sind allerdings die bisherigen Ausführungen nach dem Kindesalter zu differenzieren. Im vorliegenden Fall ist das Kind derzeit 14 Jahre alt, war aber zum Zeitpunkt der Klageerhebung offensichtlich erst 13 Jahre alt oder noch jünger. Denn die Höhe des bewilligten Sozialgeldes, das zusammen mit den Regelleistungen für die Eltern Gegenstand des Verfahrens ist, liegt mit 207 Euro bei nur 60% des Eckregelleistung von 345 Euro (Niveau vor den beiden Anpassungen entsprechend der Entwicklung des Aktuellen Rentenwertes). Die Tochter hatte also die für die Sozialgeldbemessung relevante Altersgrenze von 14 Jahren noch nicht überschritten, so dass die Familie mit den vergleichsweise geringen Regelleistungen auskommen musste.

Bei der Ermittlung des Bedarfs des Familienhaushalts der Kläger ist zu berücksichtigen, dass innerhalb der Altersgruppe, für welche die Regelleistungsproportion von 60% gilt, die Tochter einer Teilgruppe mit relativ hohen entwicklungsbedingten Kosten angehört. Für den Bedarf an Bekleidung und Schuhen ist zwar im Durchschnitt eine nur mäßige Altersabhängigkeit anzunehmen, da die Preise von (bescheidener) Kinderkleidung wenig mit der Körpergröße steigen und bei Kleinkindern mit vergleichsweise starkem Verschleiß zu rechnen ist. Der Bedarf an Nahrungsmitteln von Kindern steigt aber mit dem Alter ebenso wie der an Büchern, Schreib- und Zeichenmaterial sowie an Freizeitaktivitäten wie z. B. Sport, Musizieren, gemeinsame Unternehmungen mit Gleichaltrigen. Ein gegenläufiger, mit dem Alter sinkender Bedarf in anderen Bereichen ist nicht erkennbar, so dass kein kompensierender Effekt eintreten dürfte. Demnach wird die derzeitige Sozialgeldregelung, die keine Differenzierung bei

den unter 14jährigen vorsieht, den entwicklungsbedingten Unterschieden des Kindesbedarfs nicht gerecht. Der für den Familienhaushalt des Klägers anzunehmende Fehlbetrag fällt also tendenziell noch höher aus als die in Tabelle 2 im Zusammenhang mit der Frage 14 a) dargestellte Unterdeckung des Bedarfs von Familien mit einem Kind von 107 Euro im Durchschnitt aller Altersgruppen.

Wie aus dem im Beschluss zur Beweiserhebung (Az.: XXXXXXXXX) kurz skizzierten Sachstand hervorgeht, hat die 14jährige Klägerin in den vergangenen drei bis vier Jahren einen besonderen Wachstumsschub erlebt und eine Körpergröße von XXX m erreicht. Dies legt die Annahme eines außergewöhnlichen Nahrungsmittel- und Bekleidungsbedarf des Kindes im konkreten Fall nahe, so dass möglicherweise eine noch stärkere Bedarfsunterdeckung als im Durchschnitt der Gleichaltrigen mit Sozialgeldbezug vorliegt. Dies kann freilich mit pauschalen Regelleistungen nicht berücksichtigt werden. An der Situation der Kläger werden somit die Grenzen des Statistikmodells deutlich. Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass im Einzelfall überdurchschnittliche Bedarfe in einzelnen Konsumbereichen durch unterdurchschnittliche (notwendige) Kosten für andere Gütergruppen kompensiert werden. Davon kann bei Kindern aber nicht generell ausgegangen werden, da in einzelnen Entwicklungsphasen Mehrbedarfe kumulativ auftreten können. Derartigen Problemen könnte der Gesetzgeber durch eine Öffnungsklausel begegnen, die in Sonderfällen – z. B. bei besonders starkem Wachstum eines Kindes – zweckbestimmte Zusatzleistungen ermöglicht.

Zu Frage 14 d)

Lassen sich ggf. diese Differenzen beziffern?

Eine Quantifizierung der Unterdeckung des Bedarfs des Familienhaushalts der Kläger kann lediglich hinsichtlich der Regelleistungen erfolgen, da zur Bezifferung der besonderen Kosten des starken Wachstums des Kindes weitere Informationen und zusätzlicher Sachverstand herangezogen werden müssten.

Im Folgenden werden Kinder und Jugendliche nach drei Altersgruppen unterschieden, die verschiedene Entwicklungsphasen grob abgrenzen: Klein- und Vorschulkinder unter 6 Jahren, Schulkinder von 6 bis 13 Jahren und Jugendliche von 14 bis 17 Jahren, die eine weiterführende Schule besuchen oder eine beruflichen Ausbildungsphase beginnen. Andere und insbeson-

dere stärker differenzierende Gruppenbildungen sind denkbar, stoßen allerdings schnell an statistische Grenzen, wenn wegen zu geringer Fallzahlen in der EVS keine signifikanten Ergebnisse abzuleiten sind.

Tabelle 5: Durchschnittliche Konsumausgaben (Euro p. M.) von Paarhaushalten mit einem Kind¹ im untersten Quintil² nach dem Alter des Kindes

Güter- und Verbrauchsgruppen	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	332	345	371
Bekleidung und Schuhe	95	104	77
- darunter für Kinder bis unter 14 Jahren	31	35	8
Wohnen	548	577	566
Einrichtungs-, Haushaltsgegenstände etc.	92	125	99
Gesundheitspflege	29	32	40
Verkehr	225	266	168
Nachrichtenübermittlung	75	82	86
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	168	193	198
Bildungswesen	29	20	12
darunter: - Kinderbetreuung	21	13	1
- Nachhilfeunterricht	0	3	2
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	56	59	55
Andere Waren und Dienstleistungen	90	76	79
Summarische Größen			
Konsumausgaben insgesamt ³	1.739	1.878	1.751
Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung ³	1.255	1.381	1.247
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen	1.741	1.733	1.781
Zahl der Haushalte	266.236	126.492	94.017

¹ Paare mit einem Kind unter 18 Jahren.

² Ermittlung von quartalsspezifischen Quintilsgrenzen – nach Ausschluss von Haushalten mit Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug – und entsprechende (quartalsspezifische) Zuordnung der Haushalte zu Quintilen.

³ Diese Beträge ergeben sich vereinfachend ohne Mitgliedsbeiträge an Organisationen ohne Erwerbszweck, Geldspenden sowie Gerichtskosten, Geldstrafen etc, die mit 25% des Durchschnittswerts (0,71 Euro) im Eckregelsatz berücksichtigt werden.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der faktisch anonymisierten 98%-Stichprobe der EVS 2003.

Tabelle 5 zeigt die durchschnittlichen Konsumausgaben der so differenzierten Familiengruppen des unteren Einkommensbereichs, aus der sich folgende Hinweise ergeben.

- Der mit dem Alter steigende Nahrungsmittelbedarf wird nur abgeschwächt ersichtlich, da innerhalb der weit abgegrenzten mittleren Gruppe – wie auch insgesamt – die Jüngeren überwiegen. Beim Übergang von der mittleren zur ältesten Gruppe zeigt sich aber ein deutlicher Anstieg der Nahrungsmittelausgaben, der tendenziell bereits für die 12- und 13jährigen anzunehmen ist.

- Für Bekleidung und Schuhe scheinen die Familien pro Kopf etwa gleiche Beträge aufzuwenden; denn die in der EVS gesondert erfassten Bekleidungs Ausgaben für Kinder unter 14 Jahren machen im Durchschnitt ein Drittel der entsprechenden Gesamtausgaben
- In der ältesten Gruppe gehen die vergleichsweise hohen Nahrungsmittelausgaben zu Lasten der Ausgaben für Bekleidung; aber auch andere Ausgabenkategorien fallen geringer als in der mittleren Gruppe aus, so dass im Durchschnitt eine Rücklagenbildung von 30 Euro (Differenz zwischen Haushaltsnettoeinkommen und Konsumausgaben insgesamt) erreicht wird – z. B. für die weitere Ausbildung, für den angestrebten Fahrschulunterricht, für einen PC oder Ähnliches.
- Insgesamt sind die Konsumausgaben der Familien mit einem Kind der mittleren Altersgruppe, der die Klägerin angehört, am höchsten. Sie übersteigen im Durchschnitt das Haushaltsnettoeinkommen um etwa 140 Euro; ein erheblicher Teil der Familien greift also auf Ersparnisse zurück oder nimmt Kredite auf, um die gegenüber Familien mit Klein- und Vorschulkindern höheren Kosten zu decken.
- Auffallend sind die geringen Durchschnittsausgaben für Kinderbetreuung in der jüngsten und mittleren Altersgruppe und für Nachhilfeunterricht in der mittleren und ältesten Gruppe. Hier spiegeln sich geringe Quoten der Inanspruchnahme derartiger Dienstleistungen.

Tabelle 6 weist die aus den gruppenspezifischen Durchschnittsausgaben abgeleiteten Bedarfe für die drei Familientypen aus. Dabei wurde die gleiche Vorgehensweise wie bei der Bedarfsermittlung für Familien mit einem Kind unter 18 Jahren insgesamt (s. o. zu Frage 14 a) unter iv), Tabelle 2) angewendet. Von einer nach den Ausführungen zu Frage 14 a) unter i) erforderlichen Ausklammerung von Familien in verdeckter Armut wurde – wie auch im Vorhergehenden – abgesehen, da die dabei auftretenden methodischen Schwierigkeiten den Rahmen dieses Gutachtens sprengen würden.⁷ Für die Gruppe, welcher der Familienhaushalt der Kläger zuzuordnen ist, ergeben sich Ausgaben nach Abschlägen in Anlehnung an die Regelsatzverordnung in Höhe von 979 Euro. Damit übersteigen sie den über alle drei Altersgruppen ermittelten Durchschnitt (935 Euro; Tabelle 2) um 44 Euro bzw. knapp 5%. Der gegenüber der jüngsten Gruppe hohe Bedarf der mittleren Altersgruppe ist insbesondere auf vergleichsweise hohe Aufwendungen für die Bereiche Wohnen und Einrichtungs- bzw. Haushaltsge-

⁷ Nach einer ungefähren Schätzung fällt der Bedarf der Paare mit einem Kind um etwa 40 Euro höher aus, wenn verdeckte Armut aus der Referenzgruppe ausgeklammert wird. Vgl. Becker 2007, Tabelle 4 (S. 14) im Vergleich mit Tabelle 2 (S. 9). Hierzu sind aber noch genauere Analysen erforderlich.

genstände sowie für Freizeit, Unterhaltung und Kultur zurückzuführen. Dies ist vor dem Hintergrund der in Tabelle 6 unterschiedenen Entwicklungsphasen durchaus plausibel: nach der

Tabelle 6: Ausgaben nach Abschlägen in Anlehnung an die Regelsatzverordnung¹ (Euro p. M.) von Paarhaushalten mit einem Kind im unteren Einkommensbereich² nach dem Alter des Kindes

Güter- und Verbrauchsgruppen	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	319	331	356
Bekleidung und Schuhe	95	104	77
Wohnen ³	64	80	62
Einrichtungs-, Haushaltsgegenstände etc.	84	114	90
Gesundheitspflege	21	22	29
Verkehr ⁴	75	73	73
Nachrichtenübermittlung	57	61	64
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	92	106	109
Bildungswesen ⁵	29	20	12
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	16	17	16
Andere Waren und Dienstleistungen	60	51	53
Ausgaben nach Abschlägen gem. RSV insgesamt	912	979	941
Zum Vergleich: Regelleistung nach SGB II 2006	828		897
Nachrichtlich: Summarische Größen der Referenzgruppe			
Konsumausgaben insgesamt ⁶	1.739	1.878	1.751
Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung ⁶	1.255	1.381	1.247
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen	1.741	1.733	1.781
Zahl der Haushalte	266.236	126.492	94.017

¹ Bei den Ausgabengruppen Wohnen, Verkehr und Bildung wurden die Durchschnittsausgaben abweichend von der Regelsatzverordnung (RSV) ermittelt; vgl. die Erläuterungen in den Fußnoten 3 bis 5.

² Ermittlung von quartalspezifischen Quintilsgrenzen – nach Ausschluss von Haushalten mit Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug – und entsprechende (quartalspezifische) Zuordnung der Haushalte zu Quintilen.

³ Ermittlung analog zur derzeitigen Praxis bei der Bemessung des Eckregelsatzes: Summe der durchschnittlichen Instandhaltungsaufwendungen der Mieter und 85% der durchschnittlichen Stromkosten, die sich für Paare mit einem Kind im unteren Einkommensbereich ergeben; entsprechend der Argumentation zur Begründung von regelleistungsrelevanten Anteilen (s. o. zu Frage 14 a) unter ii)) wurden aber auch die durchschnittlichen Instandhaltungsaufwendungen der Eigennutzer (12,07 Euro) berücksichtigt.

⁴ Entsprechend der Argumentation zur Begründung von regelleistungsrelevanten Anteilen (s. o. zu Frage 14 a) unter ii)) wurden neben den Ausgaben für Fahrräder und für öffentliche Verkehrsmittel die Ausgaben für Kraft- und Schmiermittel – das heißt im Wesentlichen Benzin- bzw. Dieseldkosten für einen eigenen Pkw – teilweise mit einbezogen. Denn da die Teilgruppe, die ausschließlich öffentliche Verkehrsmittel genutzt hat, so geringe Fallzahlen aufweist, dass keine statistisch signifikanten Durchschnittswerte berechnet werden können, wurde auf die größere Gruppe der Familien, die sowohl öffentliche Verkehrsmittel als auch einen Pkw genutzt hat, zurückgegriffen; von den laufenden Pkw-Kosten wurden aber nur 50% berücksichtigt unter der Annahme, dass die alternative Nutzung von Bussen und Bahnen entsprechend kostengünstiger wäre.

⁵ Die durchschnittlichen Bildungsausgaben wurden ohne Abschläge angesetzt, da sie entsprechend der Kompensationsthese mit den Regelleistungen implizit abgedeckt sein sollen.

⁶ Diese Beträge ergeben sich vereinfachend ohne Mitgliedsbeiträge an Organisationen ohne Erwerbszweck, Geldspenden sowie Gerichtskosten, Geldstrafen etc, die mit 25% des Durchschnittswerts (0,71 Euro) im Eckregelsatz berücksichtigt werden.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der faktisch anonymisierten 98%-Stichprobe der EVS 2003.

Kleinkindphase werden vermehrt Renovierungen und Anschaffungen – z. B. für einen Schreibtisch, für ein neues Bett etc. – notwendig, und zudem steigt mit der Einschulung der Bedarf an außerhäuslicher Freizeitgestaltung (Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen, Begegnungen und Ausflüge mit Gleichaltrigen etc.). *Die zuerkannte Regelleistung von 828 Euro deckt also nur 85% des gruppenspezifischen Bedarfs des Haushalts der Kläger, die absolute Unterdeckung beläuft sich auf etwa 150 Euro. Die relative Unterdeckung von etwa 15% fällt etwa doppelt so stark aus wie bei Alleinstehenden*, bei denen die Eckregelleistung um 7% unter dem in Tabelle 4 dargestellten Bedarf liegt.

Zu Frage 15

Welche bildungsrelevanten Bedarfe werden in der Regelleistung gem. §§ 20, 28 SGB II bei Kindern berücksichtigt? Welche bleiben unberücksichtigt?

Die in § 20 Absatz 1 SGB II aufgezählten Bedarfe, die mit der Regelleistung für Erwerbsfähige abzudecken sind⁸, umfassen keine explizit bildungsrelevanten Kategorien im engeren Sinne. Dementsprechend erfolgt auch mit dem Sozialgeld nach § 28 SGB II als prozentualem Anteil der Eckregelleistung keine ausdrückliche Berücksichtigung des Bildungsbereichs. Dennoch bleiben bildungsrelevante Aufwendungen im Rahmen des Statistikmodells – zumindest theoretisch – nicht vollkommen ausgeschlossen, da im weiteren Sinne auch die Teilnahme am kulturellen Leben bildungsrelevant ist und unter der EVS-Kategorie „Freizeit, Unterhaltung und Kultur“ subsumiert wird.

- Von den als bildungsrelevant zu wertenden Gütern und Dienstleistungen der Kategorie „Freizeit, Unterhaltung, Kultur“ werden
 - die Ausgaben für außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern bei der Eckregelsatzberechnung und damit indirekt auch bei der Sozialgeldbemessung *ausgeschlossen*,
 - Ausgaben für den Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen bzw. -einrichtungen sowie für Bücher, Broschüren, Zeitungen und Zeitschriften sowie Schreibwaren und Zeichenmaterial hingegen *berücksichtigt*.
- Die unter der EVS-Kategorie „Bildungswesen“ erfassten Ausgaben für Kinderbetreuung, Gebühren an Schulen/Universitäten, Nachhilfeunterricht und Gebühren für Kurse u. ä. bleiben bei der Eckregelsatzberechnung vollkommen ausgeschlossen. Es erfolgt dementsprechend auch *keine explizite Berücksichtigung* bei der Sozialgeldbemessung. Eine im-

⁸ Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben.

plizite Berücksichtigung infolge der unterschiedlichen Konsumstrukturen von Kindern und Erwachsenen, wie sie mit der Kompensationsthese der Bundesregierung angenommen wird (Deutscher Bundestag 2008a, S. 15; s. o. zu Frage 14 a) unter iii)), ist angesichts vorliegender empirischer Informationen *ebenfalls nicht gegeben*. Denn die Regelleistungen für Paarhaushalte mit einem Kind bleiben um gut 100 Euro, bei einem 6- bis 13jährigen Kind um etwa 150 Euro hinter dem Bedarf zurück, die der Alleinstehenden nur um etwa 26 Euro. Die bei Familien besonders große Unterdeckung lässt sich dahingehend interpretieren, dass faktisch keine bildungsbedingten Aufwendungen für Kinder mit den Regelleistungen abgedeckt werden.

Eine quantitative Aufschlüsselung der im Vorhergehenden ermittelten Bedarfsunterdeckung nach einzelnen Ausgabearten ist nicht möglich bzw. wäre willkürlich.

Zu Frage 16 a)

Hat der Gesetzgeber die Bedarfe im Einzelnen berücksichtigt, welche vom Bundesverfassungsgericht im Beschluss vom 10. November 1998 (Az.: 2 BvR 1057/91 u. a.) festgestellt wurden – nämlich „die Mitgliedschaft in Vereinen sowie sonstige Formen der Begegnung mit anderen Kindern oder Jugendlichen außerhalb des häuslichen Bereichs, das Erlernen und Erproben moderner Kommunikationstechniken, der Zugang zu Kultur- und Sprachfertigkeit, die verantwortliche Nutzung der Freizeit und die Gestaltung der Ferien“?

Die vom Bundesverfassungsgericht festgestellten Bedarfe hat der Gesetzgeber nicht im Einzelnen berücksichtigt, da er generell von einer impliziten und summarischen Deckung durch das Sozialgeld ausgeht. Diese pauschale Annahme trifft aber nicht zu. Denn den genannten kindspezifischen Bedarfen, die für die kognitive und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wesentlich sind, stehen – wie im Vorhergehenden ausgeführt – nur wenige erwachsenenspezifische, in der Regelleistung berücksichtigte Güter und Dienstleistungen und nur geringe Haushaltsgrößenersparnisse gegenüber. Folglich werden mit einer Kinderregelleistung von nur 60% der Eckregelleistung die höchststrichterlich festgestellten Bedarfe weder explizit noch indirekt berücksichtigt.

Mitgliedsbeiträge an Organisationen ohne Erwerbszweck gehen bei der Berechnung des Eckregelsatzes zwar grundsätzlich ein; von dem Durchschnittsbetrag von 1,17 Euro im unteren Einkommensbereich der Alleinstehenden werden 25%, also 0,29 Euro, berücksichtigt. Der marginale Durchschnittsbetrag resultiert aus der geringen Quote der Vereinsmitgliedschaften in der Referenzgruppe, für den Ansatz von nur einem Viertel fehlt jede Begründung, und letztlich wird durch die formale Kalkulation mit wenigen Cent verschleiert, dass die faktischen Möglichkeiten der sinnvollen Betätigung von Kindern stark begrenzt und von kommunalen (kostenfreien oder im Preis ermäßigten) Angeboten abhängig sind.

Auch die „sonstigen Formen der Begegnung mit anderen Kindern oder Jugendlichen außerhalb des häuslichen Bereichs“, kulturelle Teilhabe und eine förderliche Freizeit- und Feriengestaltung erfordern Geld – z. B. für Fahrkarten, Eintrittskarten für Zoo, Zirkus und Kindertheater, für Geburtstagsfeiern, Ferienspiele, Sprachkurse etc.. Mit den Regelleistungen werden die entsprechenden Ausgaben im unteren Einkommensbereich der Referenzfamilien mit einem Kind nicht gedeckt. Ähnliches gilt für das Erlernen und Erproben moderner Kommunikationstechniken: Datenverarbeitungsgeräte und Software gehen mit einem Durchschnittsbetrag von nur 2,57 Euro in den Eckregelsatz ein, Aufwendungen für Bild-, Daten- und Tonträger bleiben ausgeklammert, Computerkurse sind nicht vorgesehen.

Zu Frage 16 b)

Lassen sich weitere wesentliche Bedarfe für Kinder und Jugendliche identifizieren, welche vom Bundesverfassungsgericht im hier zitierten Beschluss nicht genannt wurden?

Im zitierten Beschluss hat das Bundesverfassungsgericht die in Frage 16 a) genannten Bedarfe als *Beispiele* für die allgemeinen Kosten genannt, „die Eltern aufzubringen haben, um dem Kind eine Entwicklung zu ermöglichen, die es zu einem verantwortlichen Leben in dieser Gesellschaft befähigt“. Somit ist die Aufzählung nicht abschließend, sie impliziert keine Vernachlässigung weiterer wesentlicher Bedarfe, deren Bedeutung teilweise seit 1998 zugenommen hat. Neben dem an anderer Stelle vom Bundesverfassungsgericht genannten Betreuungsbedarf sind folgende weitere notwendige Ausgaben von Eltern zu erkennen:

- Ausgaben für Schulmaterial infolge – regional unterschiedlich – eingeschränkter Lernmittelfreiheit, wobei Kosten insbesondere zu Beginn eines Schuljahres anfallen;
- bei Ganztagsbetreuung bzw. -schulen Kosten für ein warmes Mittagessen;

- Ausgaben zur Entdeckung und Förderung von Hobbies (Sport-, Musikunterricht), wobei nicht nur laufende Mitglieds- oder Kursbeiträge sondern auch Kosten für Sportbekleidung, Noten etc. anfallen;
- bei individuellem Förderungsbedarf Ausgaben für Nachhilfeunterricht oder Hausaufgabenbetreuung.

Zu Frage 17 a)

Ist die Deckung derartiger „kultureller“ Bedarfe von Kindern und Heranwachsenden aus sachverständiger Sicht nach allem als defizitär zu bezeichnen?

Die faktischen Ausgaben für Freizeit, Unterhaltung, Kultur der Alleinstehenden des unteren Einkommensbereichs werden bei der auch für Familien maßgeblichen Eckregelleistungsberechnung sehr restriktiv – nämlich mit nur 55% – berücksichtigt. Dies mag für Erwachsene mit Verweis auf die gesetzliche Formulierung, Beziehungen zur Umwelt und die Teilnahme am kulturellen Leben „in vertretbarem Umfang“ in die Regelleistung einzubeziehen (§ 20 Absatz 2 SGB II), zu begründen sein. Bei Kindern und Jugendlichen widerspricht aber eine dermaßen beschränkte kulturelle Teilhabe dem in Frage 16 a) zitierten Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zu den allgemeinen Kosten, „die Eltern aufzubringen haben, um dem Kind eine Entwicklung zu ermöglichen, die es zu einem verantwortlichen Leben in dieser Gesellschaft befähigt“. Da die Kompensationsthese sich nicht bestätigt hat, ist im Hinblick auf die höchstrichterliche Feststellung des 1998 mit dem Kinderfreibetrag nicht hinreichend berücksichtigten Erziehungsbedarfs *die Deckung „kultureller“ Bedarfe von Kindern und Jugendlichen aus sachverständiger Sicht als defizitär zu bezeichnen*. Die Herausnahme einzelner Ausgabepositionen relevanter Gütergruppen und die Ausklammerung von Bildungsausgaben stehen dem Grundgedanken des Statistikmodells entgegen, wonach sich im Einzelfall über- und unterdurchschnittliche Bedarfe kompensieren.

Zu Frage 17 b)

Falls ja: Welche Auswirkungen auf die Lern- und Bildungsfähigkeit des Nachwuchses sind aus diesem Grund ggf. mit Wahrscheinlichkeit zu befürchten? Existieren konkrete Indikatoren zur Definition sozialer Ausgrenzung für Kinder und Heranwachsende und sind die Regelleistungen für Kinder gem. § 20 SGB II, dabei insbesondere im Alter der Klägerin, geeignet, dem vorzubeugen?

i) Entwicklung von Ressourcen in der Bildung

Der erste Teil dieser Frage bezieht sich auf den Mangel an Ressourcen in der Bildung, der den auf Sozialgeld angewiesenen Kindern aus ihrer defizitären materiellen Lage erwachsen kann. Da die Entwicklung kognitiver, sozialer und kultureller Kompetenzen sowie eines positiven Bewältigungshandelns nicht erst mit dem Besuch einer Kindertagesstätte oder mit dem Schuleintritt und nicht allein in der Kita bzw. Schule erfolgt, ist aus theoretischer Perspektive der Zusammenhang mit der sozialen Herkunft offensichtlich. Rauschenbach (2007) sieht die „erfahrungsbasierte, lebenswaltnahe und situative“ Alltagsbildung sogar als „Schlüsselfrage der Zukunft“ an und empfiehlt, sie aus dem „Schatten der formalen Bildung“ zu führen. In diesem Zusammenhang betont er die *zentrale Stellung der familialen Bildung*. Die Bedeutung des Bildungsgeschehens in der Familie ist auch vor dem Hintergrund der begrenzten Ressourcen von Kindertageseinrichtungen (Personalausstattung pro Gruppe, Qualifikation der pädagogischen Fachkräfte etc.) groß (Holz 2007). Die *Möglichkeiten* von Eltern zur Sozialisation und Förderung ihrer Kinder ergeben sich zum Einen aus ihren eigenen Befähigungen und Netzwerken und zum Anderen aus ihren *wirtschaftlichen Verhältnissen*. Knappe Geldmittel führen häufig dazu, dass der Kontakt zu Gleichaltrigen eingeschränkt ist, Hobbies nicht entdeckt bzw. nicht gefördert werden, kein Betätigungs- und Entfaltungsraum gegeben ist, gemeinsame Unternehmungen der Familien unterbleiben, Schulmaterialien nicht vollständig bezahlbar sind und individuelle Förderung – z. B. bei Schulproblemen – nicht möglich ist⁹. Daraus ergibt sich eine vergleichsweise große Wahrscheinlichkeit von Interessenmangel, Konzentrationschwäche, sonstigen Verhaltensauffälligkeiten und – dadurch mitbedingt – von begrenzter Lern- und Bildungsfähigkeit. Das Risiko der Ausgrenzung ist groß, und Exklusionsprozesse verstärken wiederum die primären Folgen der defizitären materiellen Situation für die Lern- und Bildungsfähigkeit von Kindern.

⁹ Vgl. in diesem Zusammenhang Kurth u. a. 2008.

Die skizzierten Zusammenhänge sind in vielen Studien belegt worden. Abgesehen von den PISA-Studien, die mit dem Ziel internationaler Vergleichbarkeit angelegt sind und für Deutschland einen besonders starken Einfluss der sozialen Herkunft auf Bildungschancen bzw. -erfolg nachgewiesen haben, sind im vorliegenden Zusammenhang nationale Studien über schichtspezifische Bildungsverläufe von Interesse.

- Aus einer Wiederholungserhebung bei Kindern am Anfang und am Ende ihrer Grundschulzeit (vgl. Holz u. a. 2006) hat sich ergeben,
 - dass bei 29% der Kinder von einkommensarmen Familien mindestens eine Klassenwiederholung in der Grundschulzeit vorkam gegenüber 8% der Kinder aus höheren Einkommensgruppen;
 - dass am Ende der Grundschulzeit bei nur etwa jedem zehnten Kind aus einkommensarmen Verhältnissen der Übergang zum Gymnasium vorgesehen war gegenüber mehr als jedem dritten Kind aus besseren Einkommensverhältnissen¹⁰.
- Große Unterschiede zeigen sich auch bei den Ausbildungswünschen der Kinder selbst. In der Altersgruppe von 8 bis 11 Jahren streben nur 20% der Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen das Gymnasium bzw. das Abitur an gegenüber gut 80% der Kinder in der oberen Schicht und etwa 50% im Gesamtdurchschnitt (World Vision Deutschland e. V. 2007). Offensichtlich nehmen Kinder bereits sehr früh Benachteiligungen wahr und passen ihre Erwartungen und Hoffnungen entsprechend an, was die Gefahr früher Resignation und Passivität impliziert.
- Ein besonderes Risiko der Chancenlosigkeit erwächst aus der Überweisung von Kindern in eine Sonder- bzw. Förderschule, die häufig sehr früh erfolgt und kaum widerrufbar ist; dementsprechend ist die Nachholung von weiterführenden Schulabschlüssen nahezu unmöglich. 80% der Absolventen mit sonderpädagogischer Förderung in Sonderschulen erreicht keinen Abschluss, gut 18% erreichen immerhin einen Hauptschulabschluss und weniger als 2% einen höheren Schulabschluss. Betroffen sind überwiegend Schüler aus ärmeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund (Kottmann 2006).
- Die nachhaltig negative Wirkung von geringen oder fehlenden Bildungserfolgen während der Schulzeit zeigt sich beim Zugang zu beruflicher Ausbildung und Beschäftigung. Bildungsschwache Jugendliche haben wenig Chancen auf einen betrieblichen Ausbildungsplatz, sie sind aber auch bei der Bewerbung um eine berufsvorbereitende Maßnahme oder

¹⁰ Bei hohem Bildungsniveau der Mutter wird der negative Einfluss der materiellen Verhältnisse zwar teilweise kompensiert. Dennoch ist auch bei dieser Konstellation nur für 17% der Kinder das Gymnasium vorgesehen, bei Kindern aus Einkommensgruppen oberhalb der Armutsgrenze und guter Bildung der Mutter sind es fast 50% (Holz u. a. 2006, S. 85).

eine Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen sowie bei Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung benachteiligt. Die Situation hat sich neuerdings verschärft durch die steigende Zahl von Altbewerbern bei den Lehrstellen und durch die Konkurrenz von arbeitslosen jungen Erwachsenen mit beruflichem Abschluss (Antoni u. a. 2007).

- Aus einer Studie über die Bildungsbeteiligung nach sozialer Herkunft für die alten Bundesländer ist hervorgegangen, dass nur etwa 20% der 14jährigen Kinder aus Familien in der unteren Hälfte der Einkommensverteilung das Gymnasium besuchten gegenüber mehr als 50% der Vergleichsgruppe in der oberen Hälfte der Einkommensverteilung (Büchel a. a. 2001).
- Die maßgebliche Bedeutung des sozioökonomischen Hintergrunds für die Chancen auf den Erwerb des Abiturs wird auch im jüngsten Bildungsbericht (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008) belegt.

Die begrenzten Möglichkeiten der Kompetenzentwicklung von Kindern in einkommensarmen Familien beeinträchtigen nicht nur deren berufliche Chancen, sondern beeinflussen generell individuelle Entscheidungen und Handlungsweisen. Denn aus soziologischen Handlungstheorien haben sich

- strukturelle Beschränkungen („constraints“ durch umgebende Strukturen),
- sozio-kulturelle Orientierungsmuster („frames“),
- Einschränkungen der individuellen Entscheidungssituation („bounded rationality“),
- langfristig gewachsene Überzeugungen („beliefs“)
- und langfristig bewährte Handlungsgewohnheiten und Routinen („habits“)

als wesentliche Aspekte zur Erklärung von Handlungsentscheidungen ergeben. Wenn sich im Kindes- und Jugendalter Beschränkungen bei diesen Einflussfaktoren bzw. Grundlagen für Resignation und „Rückzugsmechanismen“ herausbilden, so hat dies neben ökonomischen Folgen auch Konsequenzen für das demokratische Gesellschaftssystem.

ii) Indikatoren sozialer Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen

Im zweiten Teil der Frage 17 b) werden Indikatoren sozialer Ausgrenzung von Kindern und Heranwachsenden und ein möglicherweise vorbeugender Effekt der Grundsicherung nach dem SGB II angesprochen. Einige Hinweise ergeben sich aus der EVS 2003, die der Regelleistungsbemessung zugrunde liegt. Tabelle 7 weist schichtspezifische Teilhabequoten zum Bildungsbereich aus, wobei Familien mit Bezug von Sozialhilfe bzw. Grundsicherung wieder

ausgeklammert wurden. Bei allen ausgewiesenen bildungsrelevanten Ausgaben nimmt der Anteil der Familien, welche die jeweilige Dienstleistung nachfragen, mit steigendem Haushaltsnettoeinkommen erheblich zu.

- Beispielsweise wird im untersten Einkommensquintil nur etwa jede(r) sechste 14- bis 17jährige durch außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern gefördert, im obersten Quintil ist es jede(r) Dritte.¹¹

Tabelle 7: Anteile der Paarhaushalte mit einem Kind mit bildungsrelevanten Ausgaben an allen Familien der jeweiligen Teilgruppe (Teilhabequoten) nach Quintilen¹ und nach dem Alter des Kindes

Ausgabenart	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern			
1. Quintil	7,0%	21,4%	17,7%
2. Quintil	13,0%	35,6%	30,5%
3. Quintil	15,7%	44,1%	23,0%
4. Quintil	14,3%	42,9%	22,3%
5. Quintil	19,4%	56,0%	36,1%
Kinderbetreuung			
1. Quintil	36,0%	23,6%	
2. Quintil	43,6%	29,9%	
3. Quintil	51,3%	26,8%	
4. Quintil	47,7%	31,5%	
5. Quintil	51,1%	39,5%	
Nachhilfeunterricht²			
1. Quintil		5,5%	5,5%
2. Quintil		5,8%	11,7%
3. Quintil		5,5%	17,6%
4. Quintil		2,7%	13,1%
5. Quintil		5,7%	20,3%
Gebühren für Kurse u. ä.			
1. Quintil	19,1%	9,6%	16,8%
2. Quintil	20,1%	21,5%	16,2%
3. Quintil	19,5%	27,0%	23,5%
4. Quintil	28,9%	26,9%	21,7%
5. Quintil	28,5%	36,6%	27,2%

¹ Ermittlung von quartalsspezifischen Quintilsgrenzen – nach Ausschluss von Haushalten mit Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug – und entsprechende (quartalsspezifische) Zuordnung der Haushalte zu Quintilen.

² Bei der Berechnung der Teilhabequoten von Nachhilfeunterricht wurden von der ältesten Gruppe nur diejenigen, die noch eine allgemeinbildende Schule besuchen, berücksichtigt..

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der faktisch anonymisierten 98%-Stichprobe der EVS 2003.

¹¹ Bei den ausgewiesenen Beteiligungsquoten dürfte es sich ganz überwiegend um kindsspezifische Nachfrage handeln. Denn insgesamt (über alle Einkommensschichten) haben nur 5% der Alleinstehenden und 6% der Paare ohne Kind Ausgaben für außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern angegeben.

- Die mit dem Einkommen steigende Nachfrage nach Kinderbetreuungsleistungen kann die bestehende Chancenungleichheit tendenziell verstärken, da Kindergarten, Kindertagesstätte und Hort auch als Förder- und Bildungsinstitutionen zu sehen sind.
- Dies gilt gleichermaßen für die schichtspezifische Inanspruchnahme von Nachhilfeunterricht. Im untersten Quintil erfährt etwa jede(r) zwanzigste 14- bis 17jährige Schüler(in) diese Unterstützung, in der höchsten Einkommensgruppe dagegen jede(r) fünfte Schüler(in). Da es sich im oberen Einkommenssegment überwiegend um Eltern mit weit reichendem eigenen Bildungshintergrund handelt, kumulieren hier also häufig familiäre und außerfamiliäre Unterstützungen, während es am unteren Ende der Einkommenshierarchie an beiden Unterstützungsformen meist mangelt.
- Schließlich zeigen sich auch bei Kursen u. ä. mit dem Einkommen steigende Beteiligungsquoten, insbesondere bei einem Kind der mittleren Altersgruppe. Selbst wenn es sich hier teilweise um eine Kursteilnahme der Eltern handelt¹², dürfte auch der verbleibende kindspezifische Anteil an den entsprechenden Ausgaben positiv mit dem Haushaltsnettoeinkommen korreliert sein.

Die Indikatoren in Tabelle 7 deuten also Ausgrenzungsmechanismen sogar für die diesem Gutachten zugrunde liegende Referenzgruppe – Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind des unteren Einkommensquintils – an und sind somit umso mehr für Familien mit Grundversicherungsbezug anzunehmen; denn die derzeitigen Regelleistungen nach dem SGB II liegen erheblich unter den Durchschnittsausgaben der Referenzgruppe. Die geringen Teilhabequoten der Referenzfamilien verdeutlichen letztlich aber die Grenzen des Statistikmodells im vorliegenden Kontext, da das beobachtete Ausgabeverhalten nicht nur Bedarf sondern auch Einkommensrestriktionen spiegelt. So ist nicht davon auszugehen, dass die seltene Nachfrage nach Nachhilfeunterricht im unteren Einkommensbereich auf weit überdurchschnittliche Schulleistungen dieser Kinder zurückzuführen ist; vielmehr ist anzunehmen, dass die Teilnahme an freiwilligen und kostenträchtigen außerschulischen Bildungsangeboten in dieser Gruppe nicht finanzierbar ist. Mit einer Reform der Regelleistungsbemessung kann hier nur teilweise gegengesteuert werden. Um das in vielen Studien belegte Muster des schichtspezifischen Zugangs zu Bildungswegen aufzubrechen, sind offenbar individuell ausgerichtete Förderinstrumente für Kinder aus einkommensschwachen Familien und Öffnungsklauseln im

¹² In den Kontrollgruppen der Alleinstehenden und der Paare ohne Kind haben insgesamt (über alle Einkommensschichten) 11% (Alleinstehende) bzw. 12% (Paare ohne Kind) Ausgaben für Kursgebühren u. ä. angegeben.

Grundsicherungsrecht mit der Möglichkeit der Kostenübernahme bei besonderen Aufwendungen erforderlich.

Weitere Indikatoren zur sozialen Ausgrenzung von Kindern und Heranwachsenden finden sich in verschiedenen Kinder- und Jugendstudien. Dabei handelt es sich teilweise wieder um schichtspezifische Teilhabequoten bei bildungsrelevanten Aktivitäten, aber auch an Netzwerken und darüber hinaus um Handlungs- und Bewältigungsmuster, die bei negativer oder auffälliger Ausprägung mit einem hohen Ausgrenzungsrisiko verbunden sind.

- Bei einer Untersuchung an einer Grundschule im Jahr 1998 (Richter 2000) hat sich gezeigt, dass Kinder aus einkommensarmen Familien nur äußerst selten bzw. überhaupt nicht in Vereinen – seien es Sportvereine, Theatergruppen oder die Jugendfeuerwehr – oder in der Kreismusikschule eingebunden waren; sie haben auch das Angebot von Bibliotheken nicht wahrgenommen. Demgegenüber waren Kindern oberhalb der Armutsgrenze in diesen Netzwerken sehr häufig aktiv.
- Aus einer Untersuchung von Kindern am Ende der Grundschulzeit (Holz u. a. 2006) hat sich ergeben,
 - dass jeweils nur etwa die Hälfte der einkommensarmen Kinder ein eigenes Kinderzimmer hat und regelmäßig Taschengeld erhält gegenüber etwa vier Fünfteln der Kinder oberhalb der Armutsgrenze;
 - dass Einschränkungen bei Essen und Kinderkleidung mit einem Viertel bzw. Fünftel der Fälle unterhalb der Armutsgrenze ein häufiges Problem sind;
 - dass bei gut einem Sechstel der Kinder unterhalb der Armutsgrenze ein Hortbesuch aus Geldmangel nicht möglich ist;
 - dass nur etwa ein Drittel der einkommensarmen Kinder in einem Verein ist gegenüber zwei Dritteln der Vergleichsgruppe;
 - dass nur etwa die Hälfte der einkommensarmen Kinder den eigenen Geburtstag feiert (feiern kann);
 - dass nur ein Drittel der einkommensarmen Kinder Internetzugang hat gegenüber gut zwei Dritteln oberhalb der Armutsgrenze;
 - dass einkommensarme Kinder – insbesondere Jungen – im Falle von Streit mit den Eltern oder mit anderen Bezugspersonen vergleichsweise häufig „Ärger machen“ (negatives Bewältigungshandeln) und im Falle von Trauer vergleichsweise selten „erst mal mit jemandem reden“ oder weinen.

- In der Kinderstudie von World Vision Deutschland e. V. (2007) wird gezeigt, dass Kinder umso besser sozial integriert sind je gehobener die Herkunftsschicht ist. Bei 28% der Kinder wird die Integration als latent problematisch bezeichnet – weil der Freundeskreis klein ist oder die Kinder mit dem Freundeskreis nicht zufrieden sind –, bei 7% der Kinder ist die Integration sogar unmittelbar defizitär; betroffen sind insbesondere Kinder aus der unteren Schicht.

Die vielfältigen Formen kultureller Teilhabe von Kindern und Jugendlichen sind geeignet, Interessen zu wecken und Fertigkeiten zu erproben. Kontakte mit Gleichaltrigen fördern soziales Verhalten und erleichtern das Lernen und Artikulieren im Klassenverband. Freizeit- und außerschulische Bildungsangebote wirken dementsprechend auch als „Aktivierung“ und können übermäßigem Medienkonsum, passiven Verhaltensmustern und Resignation im Falle von Enttäuschungen entgegenwirken; sie sind allerdings meist mit Kosten für die Familie verbunden. Da die derzeitigen Regelleistungen für Familien mit einem Kind der mittleren Altersgruppe (6 bis unter 14 Jahre) um etwa 150 Euro hinter dem durchschnittlichen, in Anlehnung an die RSV ermittelten Bedarf der Referenzgruppe zurückbleiben – dieses Defizit entspricht der Summe der Bedarfe für „Freizeit, Unterhaltung, Kultur“, „Bildung“ und eines Drittels des Verkehrsbedarfs – (Tabelle 6), ist die Sozialgeldbemessung nach §§ 20, 28 SGB II nicht geeignet, Ausgrenzungsprozessen vorzubeugen.

Zusammenfassende Bemerkungen

Ausgangspunkt der vorstehenden Überlegungen und empirischen Analysen sind die in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB II i. V. m. § 28 SGB XII verankerten Ziele des Grundsicherungssystems und der im vorliegenden Kontext relevante Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 10.11.1998 zum steuerlich frei zu stellenden Betreuungs- und Erziehungsbedarf (Az.: 2BvR 1057/91). Zur Überprüfung der derzeitigen Umsetzung dieser normativen Vorgaben wurden die Paare mit einem minderjährigen Kind im unteren Einkommensbereich als Referenzgruppe und die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 als Datenbasis herangezogen. Bei den Berechnungen wurde von der unter theoretischen Aspekten unabdingbaren, im Rahmen dieses Gutachtens aber nicht umsetzbaren Herausnahme von Familien in verdeckter Armut abgese-

hen.¹³ Darüber hinaus wurden Preissteigerungen seit 2003 nicht berücksichtigt, so dass die ermittelten Bedarfe eher als untere Grenzwerte zu interpretieren sind.

Die Analysen führen zu dem Ergebnis, dass bei der derzeitigen Ermittlung der Eckregelleistung teilweise nicht sachgerecht verfahren wird, so dass sie systematisch zu gering bemessen wird, dass aber eine Anhebung der Eckregelleistung allein nicht ausreicht, um den Bedarf von Familien zu decken. Denn den besonderen entwicklungsbedingten und bildungsrelevanten Bedarfen von Kindern stehen nur geringe Haushaltsgrößenersparnisse und erwachsenenspezifische Güter im Statistikmodell gegenüber, so dass die Kompensationsthese der Bundesregierung nicht zutrifft. Mit Blick auf das Ziel gleicher Chancen für Kinder sollte also die Bemessung der Regelleistungen für Familien neu gestaltet werden; zudem ist auch die (Wieder-)Einführung von Öffnungsklauseln im Grundsicherungsrecht zu empfehlen, um eine individuelle Förderung von Kindern nicht am elterlichen Einkommen bzw. an der strengen Pauschalierung von Transferleistungen scheitern zu lassen.

Riedstadt, 15. September 2008

¹³ Nach einer ersten Approximation ist damit zu rechnen, dass der Bedarf der Paare mit einem Kind um ungefähr 40 Euro höher ausfällt, wenn verdeckte Armut aus der Referenzgruppe ausgeklammert wird. Vgl. Becker 2007, Tabelle 4 (S. 14) im Vergleich mit Tabelle 2 (S. 9). Hierzu sind aber noch genauere Analysen erforderlich.

Literatur

- Antoni, Manfred, Hans Dietrich, Maria Jungkunst, Britta Matthes, Hannelore Plicht (2007): Die Schwächsten kamen seltener zum Zug. IAB Kurzbericht Nr. 2/2007. Nürnberg.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2008): Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I. Im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Berlin.
- Becker, Irene (2006a): Bedarfsgerechtigkeit und sozio-kulturelles Existenzminimum. Der gegenwärtige Eckregelsatz vor dem Hintergrund aktueller Daten. Arbeitspapier Nr. 1 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt am Main.
- Becker, Irene (2006b): Armut in Deutschland: Bevölkerungsgruppen unterhalb der Alg II-Grenze. Arbeitspapier Nr. 3 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt am Main.
- Becker, Irene (2007): Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich. Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Grundsicherungsniveaus. Arbeitspapier Nr. 4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt am Main.
- Becker, Irene, Richard Hauser (2005) unter Mitarbeit von Klaus Kortmann, Tatjana Mika und Wolfgang Strengmann-Kuhn: Dunkelziffer der Armut. Ausmaß und Ursachen der Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung 64. Berlin.
- Büchel, Felix, Joachim R. Frick, Peter Krause, Gert G. Wagner (2001): The Impact of poverty on Children's School Attendance – Evidence from West Germany. In: Vleminckx, Koen, Timothy M. Smeeding (Hrsg.), Child Well-Being, Child poverty and Child Policy in Modern Nations. Bristol, S. 151-173.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2006): Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2003. Grundlage zur Neubemessung der Regelsätze nach SGB XII. Statistische Unterlagen. Berlin.

- Deutscher Bundestag (2008a): Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Diana Golze, Klaus Ernst, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 16/7582, Ursachen und Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Drucksache 16/9810. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2008b): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Bärbel Höll, Dr. Herbert Schui, Dr. Axel Troost und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 16/9880, Höhe und Entwicklung des sächlichen Existenzminimums für Kinder und Erwachsene. Drucksache 16/9999. Berlin.
- Holz, Gerda, Antje Richter, Werner Wüstendörfer, Dietrich Gierig (2006): „Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit“, Endbericht der 3. AWO-ISS-Studie im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. bzw. resignative ISS-Pontifex 2/2006, Berichte und Materialien aus Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main.
- Holz, Gerda (2007): Wer fördert Deutschlands sozial benachteiligte Kinder? Rahmenbedingungen zur Arbeit von Kitas mit Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Eine Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Kottmann, Brigitte (2006): Selektion in die Sonderschule. Bad Heilbronn.
- Kurth, Bärbel-Maria, Heike Hölling, Robert Schlack (2008): Wie geht es unseren Kindern? Ergebnisse aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS). In: UNICEF, Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. München, S. 104-126.
- Münnich, Margot, Thomas Krebs (2002): Ausgaben für Kinder in Deutschland. Berechnungen auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 12/2002, S. 1080-1100.
- Rauschenbach, Thomas (2007): Im Schatten der formalen Bildung. Alltagsbildung als Schlüsselfrage der Zukunft. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, Heft 4-2007, S. 439-453.
- Richter, Antje (2000): Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region. Aachen.

World Vision Deutschland e. V. (2007): Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie, bearbeitet von Klaus Hurrelmann, Sabine Andresen und TNS Infratest Sozialforschung. Frankfurt am Main.

neue
caritas
s p e z i a l

E 50668

Oktober 2008

**Statement: Kein Kind
darf verloren gehen**

**Der neue
Kinderregelsatz**

**Neugestaltung des
Kinderzuschlags**

**Teilhabe durch
befähigende Sach-
leistungen**

POLITIK • PRAXIS • FORSCHUNG

**DCV-Vorschlag
zur Bekämpfung
der Kinderarmut**



Wie die Bekämpfung der Kinderarmut gelingen kann

Vorschläge des Deutschen Caritasverbandes

Statement	27
Zusammenfassung und Einleitung	28
A. Der neue Kinderregelsatz	29
I. Derzeitige Bemessung der Kinderregelsätze	29
II. Kritik an der derzeitigen Bemessung der Kinderregelsätze	30
III. Forderungen zur Neubemessung	32
IV. Erste Abschätzungen einer Neubemessung des Kinderregelsatzes	33
V. Ergebnisse der Abschätzung und Kosten	34
B. Neugestaltung des Kinderzuschlags	36
I. Derzeitige Ausgestaltung des Kinderzuschlags	36
II. Kritik am derzeitigen Kinderzuschlag	38
III. Forderungen zur Anpassung des Kinderzuschlags	39
IV. Kosten der Neugestaltung des Kinderzuschlags und Gesamtkosten des DCV-Vorschlags	40
C. Stärkung der Teilhabechancen von Kindern durch befähigende Sachleistungen	40
I. Zum derzeitigen Stand der Sachleistungen	41
II. Kritik an der derzeitigen Praxis	41
III. Forderungen nach befähigenden Sachleistungen	42

Das neue caritas Spezial Kinderarmut ist kostenlos erhältlich bei: zeitschriftenvertrieb@caritas.de

Impressum neue caritas spezial

POLITIK PRAXIS FORSCHUNG

Herausgeber: Deutscher Caritasverband e.V.
Herausgebervertreter: Dr. Thomas Becker
Redaktion: Gertrud Rogg (Chefredakteurin),
Christine Mittelbach (CvD), Esther Baron, Manuela Blum,
Klemens Bögner, Ingrid Jehne, Dr. Bernhard
Seiterich, Andrea Steinhart
Redaktionssekretariat: Christiane Stieff,
Tel.: 07 61/200-410, Fax: 07 61/200-509,
E-Mail: redaktion@caritas.de
Redaktionsassistent: Ingrid Jehne,
Tel.: 07 61/200-417, Fax: 07 61/200-509,
E-Mail: ingrid.jehne@caritas.de

Abonnement und Vertrieb: Rupert Weber,
Tel.: 07 61/200-420, Fax: 07 61/200-509,
E-Mail: zeitschriftenvertrieb@caritas.de
Anschrift für Redaktion und Vertrieb:
neue caritas, Lorenz-Werthmann-Haus,
Karlstr. 40, 79104 Freiburg
Anzeigen und Beilagen:
Zweiplus Medienagentur, Tel.: 06151/8127-0,
Fax: 893098, Pallaswiesenstraße 109, 64293 Darmstadt,
ISDN 8127-127, E-Mail: anzeigen@zweiplus.de
Layout: Peter Blöcher
Titelfoto: Achim Pohl

Druck: Druckerei Hofmann GmbH
Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit
schriftlicher Genehmigung. ISSN 1438-7832
Die neue caritas ist im Jahresabonnement erhältlich.
Sie erscheint 22-mal jährlich. Das Jahresabo kostet
79,69 Euro; für Student(inn)en 53,13 Euro (alle Preise
inkl. MwSt. und Versand). Das Abonnement verlängert
sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wurde.
Das aktuelle Fachartikel-Register zur neuen caritas
finden Sie unter der Suchfunktion unter www.neue-caritas.de

Kinderarmut

Kein Kind darf verloren gehen

Zu viele Kinder wachsen in Deutschland in Familien auf, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigener Kraft verdienen können. Arbeitslosigkeit ist hierfür der wichtigste Grund. Aber auch viele Eltern, die regulär einer niedrig bezahlten Arbeit nachgehen, sind auf ergänzendes Arbeitslosengeld II angewiesen oder leben in verdeckter Armut. Diese Familien brauchen eine materielle Existenzsicherung. Aber sie brauchen auch Mittel, ihre Kinder so zu befähigen, dass sie aus der Perspektivlosigkeit herauskommen.

Eine Politik der Bekämpfung der Kinderarmut muss sowohl den Kindern helfen, deren Eltern arbeitslos sind, als auch denen, deren Eltern aufgrund einer niedrigen Qualifikation oder einer schlechten örtlichen Arbeitsmarktlage zu wenig verdienen können. Die Caritas hat die Probleme untersucht und Lösungsvorschläge zur Bekämpfung der Kinderarmut erarbeitet.

Das Ergebnis ist eindeutig: Die Regelsätze für Kinder müssen neu, und zwar unter Berücksichtigung kindspezifischer Bedarfe berechnet werden. Nach unserer Schätzung müssen sie je nach Alter zwischen 21 Euro und 54 Euro pro Monat erhöht werden. Eltern, die arbeiten und ihren eigenen Lebensunterhalt bestreiten könnten, dürfen dadurch nicht in das Arbeitslosengeld-II-System abgedrängt werden. Deshalb muss in der Folge der Erhöhung des Kinderregelsatzes der Kinderzuschlag so ausgestaltet sein, dass diese Familien für ihre Kinder existenzsichernde Leistungen erhalten.

Hierzu ist der Kinderzuschlag zu erhöhen. Darüber hinaus muss er auch Familien im Niedrigeinkommensbereich und in der unteren Mittelschicht erreichen. Zur Linderung der verdeckten Armut muss es ein Wahlrecht zwischen Kinderzuschlag und Arbeitslosengeld II geben. Schließlich fordern wir auch die Länder und Kommunen auf, zur Befähigung von Kindern aus benachteiligten Familien beizutragen.

„Wahlrecht zwischen Kinderzuschlag und ALG II erforderlich“

Für diese Kinder muss es ein kostengünstiges Schulmittagessen geben, Lehrmittelfreiheit, ein Starterpaket mit Lernmitteln (Stifte, Hefte etc.) zum Schulanfang, kostenloser Nachhilfe- und Musikunterricht, Vereinsbeiträge sowie Freikarten für den öffentlichen Nahverkehr und öffentliche Schwimmbäder. Sind Kinder unsere Zukunft? Ja, sie sind es. Aber alle Kinder, bitteschön. Denn keines darf in Deutschland verloren gehen.

Peter Neher



Prälat Dr. Peter Neher

Präsident des Deutschen Caritasverbandes
E-Mail: peter.neher@caritas.de

Zusammenfassung und Einleitung¹

In Deutschland leben 1,9 Millionen Kinder unter 15 Jahren in Familien, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende, das sogenannte Arbeitslosengeld II und das Sozialgeld, erhalten. Damit ist jeder vierte der insgesamt 7,6 Millionen Hilfeempfänger ein Kind. Der Staat versucht, durch die Grundsicherungsleistungen Armut zu bekämpfen und den Menschen, die aus eigenem Einkommen ihre Existenz nicht oder nur teilweise sichern können (die sogenannten „Aufstocker“), ein Leben auf dem soziokulturellen Existenzminimum zu gewährleisten. Diese Funktion kann die Grundsicherungsleistung nur erfüllen, wenn ihre Höhe bedarfsgerecht festgelegt ist. Der Deutsche Caritasverband hinterfragt in der vorliegenden Studie die Regelsatzfestlegung für Kinder und unterbreitet Vorschläge einer verbesserten Politik für arme Familien. Dies ist Teil der Befähigungsinitiative des Verbandes für benachteiligte Kinder und Jugendliche. Familien mit Kindern brauchen Hilfen, die es ihnen ermöglichen, aus eigener Kraft als Familie zu leben und ihre Kinder in einem zukunfts- und perspektivenoffenen Umfeld zu erziehen.

Auch wenn eine ausreichende materielle Grundlage nicht alleine angemessene Rahmenbedingungen für das Heranwachsen von Kindern garantieren kann, sind die Entwicklungschancen von Kindern ohne diese materielle Sicherung deutlich eingeschränkt. Trotz der hohen Bedeutung der materiellen Sicherung wird derzeit der Bedarf von Kindern nicht eigens ermittelt. Der Regelsatz von Kindern wird mit einem willkürlich festgesetzten Prozentwert aus dem Regelsatz alleinstehender Erwachsener abgeleitet. Dies wird dem spezifischen Bedarf der Kinder und ihrer Familien nicht gerecht. Der Deutsche Caritasverband unterbreitet hiermit einen Vorschlag, wie ein eigenständiger Regelsatz für Kinder bestimmt werden kann.

Eine Politik für arme Familien kann sich nicht allein auf die Familien beschränken, deren Eltern arbeitslos oder auf ergänzendes Arbeitslosengeld II angewiesen sind. Auch die Kinder, deren Eltern niedrige Einkommen beziehen, brauchen gute Entwicklungschancen. Es ist allgemeiner gesellschaftlicher Konsens, dass Eltern, die ohne Kinder ihren Lebensunterhalt verdienen könnten, nicht allein deshalb in die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) verwiesen werden sollen, weil ihr Einkommen für den Unterhalt ihrer Kinder nicht ausreicht. Deshalb muss den Kindern dieser Eltern eine Existenzsicherung außerhalb des SGB II ermöglicht werden. Der Staat versucht dies derzeit durch einen Kinderzuschlag für gering verdienende Familien und das Wohngeld. Diese Instrumente sind im Prinzip sinnvoll. Die vorliegende Untersuchung zeigt jedoch, dass die derzeitige Gesetzeslage Brüche und Widersprüche in den Einkommensverläufen der Familien erzeugt; auch belässt das Instrument in seiner heutigen Ausgestaltung Familien in der ver-

deckten Armut. Der Vorschlag des DCV für eine Modifizierung des Kinderzuschlags zielt darauf ab, in Kombination mit dem Wohngeld verdeckte Armut von Familien zu lindern. Außerdem wird in dem Vorschlag eine einkommensabhängige und eigenständige Kindergrundsicherung für Familien außerhalb des SGB II entwickelt. Sie verhindert nicht nur, dass Familien wegen der Bedarfe ihrer Kinder auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende angewiesen sind, sondern unterstützt darüber hinaus Familien im Niedrigeinkommensbereich und sogar bis in die untere Mittelschicht. Und vor allem: Der Familie bleibt auch bei geringem Einkommen von jedem hinzuverdienten Euro ein guter Teil in der Haushaltskasse. Es lohnt sich also, mehr zu arbeiten oder sich weiterzuqualifizieren, um mehr zu verdienen.

Schließlich legt der DCV aufgrund der Erfahrungen aus der Befähigungsinitiative einen Vorschlag vor, wie benachteiligte Kinder befähigt werden können, ihre eigenen Lebenschancen zu entdecken und ihre Potenziale zu entfalten. Unter dem Leitwort der „befähigenden Sachleistungen“ schlägt er für Kinder unter anderem vor: ein Schulmittagessen für einen Euro, ein Starterpaket für den Schulanfang, Lehrmittelfreiheit, Zuschüsse zu Lernmitteln zu Beginn des Schuljahres, kostenloser Nachhilfe-, Musik- und Sportunterricht, freie Vereinsbeiträge und schließlich das, was es früher schon einmal gab: die kostenlosen Schwimmbadkarten für arme Familien. Zusammen mit einer kostenlosen Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs im notwendigen Umfang müssen Kinder aus armen Familien dann nicht mehr außen vor bleiben.

Man muss ehrlich einräumen, dass es arme Kinder und Jugendliche geben wird, die nicht oder nur in geringem Maße von der hier vorgeschlagenen Verbesserung der materiellen Situation ihrer Familien profitieren werden, weil ihre Eltern ihrer Erziehungsverantwortung nicht nachkommen können, weil eine Suchterkrankung die Familienkasse belastet oder weil ausreichende Kompetenzen im Umgang mit knappen Ressourcen fehlen. Selbst befähigende Sachleistungen mögen wenig wirken, weil unter diesen besonders belasteten Bedingungen die Ermutigung fehlt, auch kostenfreie Angebote von Musik- oder Sportvereinen zu nutzen. Es ist aber unangemessen, deswegen die ausreichende materielle Ausstattung armer Familien für zweitrangig zu erklären. Damit würde man nicht den vielen Paaren und Alleinerziehenden gerecht, die auch unter belasteten Bedingungen wie einer lang andauernden Arbeitslosigkeit ihren Kindern gute Startchancen geben wollen. Die Befähigung von Kindern braucht auch angemessene materielle Bedingungen. Kindern und Jugendlichen aus besonders belasteten Verhältnissen und ihren Familien muss auf zusätzliche Weise geholfen werden. Die verbandliche Caritas bemüht sich, hierbei ihre Dienste und Einrichtungen als Netzwerk früher Hilfen bereitzustellen. Sie hat ein Haushaltsorganisationstraining entwickelt, um Familien in prekären Lebenslagen beizustehen, die durch die

Vielfalt emotionaler, sozialer, finanzieller und erzieherischer Probleme überlastet sind. In diesem Training werden grundlegende Alltagskompetenzen vermittelt. Der DCV leistet seinen eigenen Beitrag zur Befähigung und zur Verbesserung der Teilhabe armer Kinder und Jugendlicher in der Gesellschaft: in katholischen Kindergärten, in der Schulsozialarbeit, mit dem Einsatz von Paten bei der Begleitung von benachteiligten Jugendlichen, in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Aber die Caritas braucht Mitstreiter, wenn es um die Existenzsicherung und die Armutsvermeidung von Familien geht. Bei dem jetzt beginnenden Wahlkampf dürfen arme Familien nicht außen vor bleiben, auch wenn sie kein organisiertes Wählerpotenzial stellen. Die hier unterbreiteten Vorschläge sind etwa so teuer wie die vieldiskutierte Pendlerpauschale oder andere politische Maßnahmen, die vorrangig auf die Mittelschicht zielen.

A. Der neue Kinderregelsatz

1. Derzeitige Bemessung der Kinderregelsätze

Nach Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG ist der deutsche Staat verpflichtet, Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein zu schaffen. Dieses hat erforderlichenfalls durch Sozialleistungen zu erfolgen.² Es reicht nicht, wenn der Staat allein für die zum Überleben notwendige Nahrung, Kleidung und Unterkunft sorgt, sondern er muss vielmehr das sogenannte soziokulturelle Existenzminimum sichern. Dazu gehört zusätzlich zur materiellen Existenzsicherung die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist dies nur dann erfüllt, wenn die Hilfebedürftigen in der Umgebung von Nicht-Hilfeempfängern ähnlich wie diese leben können.³ Soweit sie gegenüber Beziehern niedriger Einkommen benachteiligt sind, müssen sie die Möglichkeit haben, dies durch Sparsamkeit auszugleichen; die Schlechterstellung darf nicht zu Ausgrenzung führen.⁴ Eine solche Ausgrenzung liegt aber zum Beispiel vor, wenn ein von Sozialhilfe oder Sozialgeld lebendes Kind aus finanziellen Gründen keine Schultüte bekommt⁵, nicht an einer Klassenfahrt teilnehmen kann⁶ oder wenn jemand zu Weihnachten nur Geschenke erhält, aber eigene Geschenke nicht finanzieren kann.⁷

Die Sozialleistungen der Grundsicherung regelt der Staat im SGB II und SGB XII. Der Bedarf zum Lebensunterhalt von Hilfebedürftigen – außerhalb von Einrichtungen – wird pauschal durch Regelleistungen beziehungsweise Regelsätze erbracht. Dabei ist vorgesehen, dass Kosten für Unterkunft und Heizung sowie Mehrbedarfe separat übernommen werden. Die Bemessung der Regelsätze wird im Folgenden vorgestellt.

1. Regelsätze basieren auf Ausgaben eines alleinstehenden Erwachsenen

Die Höhe der Regelsätze – also des notwendigen Bedarfs zum Lebensunterhalt – wird mit Hilfe des sogenannten Statistikmodells ermittelt⁸: Dabei werden die Konsumausgaben der untersten 20 Prozent der nach ihren Nettoeinkommen geschichteten Haushalte von Alleinstehenden (ohne Sozialhilfeempfänger) erhoben. Von ihnen wird angenommen, dass sie mehr ausgeben, als sie zur Deckung ihres notwendigen Lebensunterhalts brauchen würden.⁹ Auf Basis dieser Ausgaben wird dann – nach den in den folgenden Punkten erläuterten Regeln – der sogenannte Eckregelsatz ermittelt, der die Grundlage für alle anderen Regelsätze bildet. Statistisch ist der durchschnittliche Haushalt in der Referenzgruppe der Haushalt eines älteren Alleinstehenden.¹⁰

2. Bereinigung der Referenzgruppe um Sozialhilfeempfänger

Aus der Referenzgruppe werden die Sozialhilfeempfänger herausgenommen. Die Herausnahme der Sozialhilfeempfänger ist wichtig, da bei ihnen nicht vermutet werden kann, dass sie mehr ausgeben als sie für ihren notwendigen Lebensunterhalt brauchen. Eine Bereinigung der Referenzgruppe um weitere Personengruppen erfolgt nicht.

3. Abschläge auf die Ausgaben eines alleinstehenden Erwachsenen

Die Ausgaben werden durch die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) ermittelt. Sie sind in unterschiedliche Abteilungen gegliedert, die in § 2 Abs. 2 der Regelsatzverordnung (RSVO) genannt sind. Zum Beispiel werden in Abteilung 01 die Ausgaben für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke eingestellt, in Abteilung 02 die Ausgaben für alkoholische Getränke, Tabakwaren und Ähnliches, und in Abteilung 03 finden sich die Ausgaben für Bekleidung und Schuhe etc.

In einem zweiten Schritt wird gewertet, welche dieser Ausgaben nicht zum notwendigen Lebensunterhalt im Sinne des soziokulturellen Existenzminimums zählen. So werden bei der Bestimmung des Eckregelsatzes für den erwachsenen Alleinstehenden die Ausgaben, die in Abteilung 10 (Bildungswesen) eingestellt wurden, allesamt nicht berücksichtigt, da sie nicht regelsatzrelevant seien. Auch bei den einzelnen Untergruppen von Konsumgütern in den Abteilungen wird entsprechend gewertet. Durch die vollständige oder teilweise Herausrechnung bestimmter Ausgaben ergeben sich bezogen auf die Gesamtausgaben in den Abteilungen entsprechende Abschläge. So wird zum Beispiel in Abteilung 09 „Freizeit, Unterhaltung und Kultur“ ein Abschlag von 45 Prozent vorgenommen (55 Prozent werden anerkannt), weil zum Beispiel Ausgaben für „Haustiere einschließlich Veterinär- und andere Dienstleistungen“ enthalten sind, die nicht als regelsatzrelevant angesehen werden.¹¹ →

In einem letzten Schritt werden alle als regelsatzrelevant anerkannten Ausgaben zusammengerechnet. Diese Summe ergibt den Regelsatz des alleinstehenden Erwachsenen (Eckregelsatz). Er beträgt derzeit 351 Euro.

4. Festlegung der Prozentsätze für den Kinderregelsatz

Die Regelleistungen beziehungsweise Regelsätze für Kinder werden prozentual vom Eckregelsatz abgeleitet: Sie betragen für Kinder bis 13 Jahre 60 Prozent und für ältere Kinder 80 Prozent des Eckregelsatzes.¹² Aktuell erhalten Kinder bis zum Alter von 13 Jahren damit 211 Euro als Regelsatz und im Alter von 14 bis 17 Jahren einen Regelsatz in Höhe von 281 Euro.

Zur Begründung der unterschiedlichen Prozentsätze von 60 Prozent beziehungsweise 80 Prozent des Eckregelsatzes für die beiden Altersklassen wird auf die Ergebnisse einer statistischen Untersuchung aus dem Jahre 2003 verwiesen, nach der 14-jährige und ältere Kinder nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 etwa um ein Drittel höhere Kosten als jüngere Kinder verursachen.¹³

5. Wahl der Altersklassen

Im früheren Bundessozialhilfegesetz (BSHG) wurde hinsichtlich der Regelsatzhöhe unterschieden nach Kindern unter sieben Jahren, zwischen sieben und 13 Jahren, zwischen 14 und 17 Jahren und jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.¹⁴ Seit 1.1.2005 wird nur noch in die Altersklassen unter 14 Jahren und über 14 Jahren unterteilt. Dies wird mit „international anerkannten wissenschaftlichen Verfahren, zum Beispiel der modifizierten OECD-Skala“ begründet.¹⁵ Zugleich wird darauf hingewiesen, dass sich eine genauere Differenzierung bei der gebotenen typisierenden Betrachtungsweise nicht durch allgemein geltende Regelungen abbilden lasse.¹⁶

6. Anpassung des Regelsatzes an die Rentenentwicklung

Nach § 28 Abs. 3 SGB XII muss die Regelsatzbemessung Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten berücksichtigen. Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, aus der der Eckregelsatz ermittelt wird, wird alle fünf Jahre erhoben. Zwei Jahre später liegen die Ergebnisse ihrer Auswertung vor. Der Regelsatz wird dann im darauffolgenden Jahr neu festgestellt. In den Jahren zwischen den Regelsatzfestsetzungen wird der Regelsatz jeweils zum 1. Juli eines Jahres an die Veränderung des Rentenwerts in der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst.¹⁷ Die letzte Einkommens- und Verbrauchsstichprobe wurde im Jahr 2003 erhoben. Die Ergebnisse lagen 2005 vor. Der Regelsatz wurde 2006 darauf hin neu errechnet. Die nächste Erhebung läuft aktuell im Jahr 2008. Die Ergebnisse werden für 2010 erwartet.

7. Verkehr

In Abteilung 07 der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe werden die Ausgabenpositionen im Bereich „Verkehr“ eingestellt. Als regelsatzrelevant werden nur folgende Positionen anerkannt:

- a. Kauf von Fahrrädern
- b. Zubehör, Einzel- und Ersatzteile für Fahrräder
- c. Fremde Verkehrsdienstleistungen (ohne „im Luftverkehr/auf Reisen“)

Hingegen werden die Ausgaben für den Kauf und die Nutzung eines Pkws nicht in den Regelsatz aufgenommen.

8. Abweichende Bedarfe

Der Regelsatz ist eine Pauschale, die sich an den Bedarfen eines Durchschnittsbürgers orientiert. Abweichende Bedarfe werden nicht berücksichtigt. Im SGB XII gibt es diese Möglichkeit einer abweichenden Festsetzung des Regelsatzes in § 28 Abs. 1 Satz 2. Im SGB II ist sie indes ausdrücklich gemäß § 3 Abs. 3 Satz 2 ausgeschlossen.

II. Kritik an der derzeitigen Bemessung der Kinderregelsätze

Die dargestellte Bemessung der Regelsätze für Kinder hat viele Schwachpunkte:

1. Orientierung am Ausgabeverhalten von alleinstehenden Erwachsenen unzureichend

Die Regelsätze für Kinder orientieren sich in ihrer Bemessung nicht am Ausgabeverhalten der Familien für ihre Kinder im Niedrigeinkommensbereich, sondern am Ausgabeverhalten eines alleinstehenden Erwachsenen. Unberücksichtigt bleibt daher die Tatsache, dass Kinder spezifische Bedarfe haben, für die Familien Ausgaben tätigen, zum Beispiel Kosten für Bildung, Spielzeug, Kinderbetreuung etc. Die Ausgaben von Familien für Kinder unterscheiden sich damit deutlich von denen alleinstehender Erwachsener.

2. Verdeckt Arme werden nicht berücksichtigt

Bei der Festlegung der Referenzgruppe, deren Ausgabeverhalten für die Regelsatzberechnung herangezogen wird, werden die Haushalte mit Empfängern von Leistungen der Sozialhilfe herausgenommen. Dies ist insofern schlüssig, als sich der Regelsatz allein am Ausgabeverhalten der Niedrigeinkommensbezieher orientieren soll. Würde man die Haushalte von Sozialhilfeempfängern in die Berechnung einbeziehen, würde ihr eigenes Ausgabeverhalten den zukünftigen Regelsatz beeinflussen. Das wäre ein Zirkelschluss.

Ein ähnliches Problem ergibt sich aber auch bei den sogenannten verdeckt armen Menschen, die – zum Beispiel aus Scham – keine Sozialhilfe in Anspruch nehmen, obwohl sie auf-

grund ihres geringen Einkommens dazu berechtigt wären. Da sie keine Sozialhilfeempfänger sind, werden sie nach geltendem Recht auch nicht aus der Referenzgruppe herausgenommen. Das wäre aber erforderlich, da ihr Einkommen unterhalb des soziokulturellen Existenzminimums liegt.

3. Abschlüsse bei Ausgaben des alleinstehenden Erwachsenen nicht ohne weiteres auf die Ausgaben für Kinder übertragbar

Die Abschlüsse, die bei der Bemessung des Eckregelsatzes auf die Ausgaben eines alleinstehenden Erwachsenen in den einzelnen Abteilungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe erhoben werden, lassen sich nicht ohne weiteres auf die Ermittlung der Regelsätze für Kinder übertragen. Die Abschlüsse sind das Resultat einer Wertung, die bei den einzelnen Verbrauchsposten in der jeweiligen Abteilung vorgenommen worden ist. So wäre es bei Kindern geboten, die in Abteilung 10 (Bildungswesen) eingestellten Ausgaben für Nachhilfeunterricht, Kinderbetreuung, Kurse etc. als regelsatzrelevant anzusehen und in die Berechnung der Regelsätze für Kinder einzustellen.

Darüber hinaus sind auch die weiteren innerhalb der Abteilungen vorgenommenen Abschlüsse zu überprüfen. So wird in Abteilung 09 (Freizeit, Unterhaltung, Kultur) die Ausgabeposition „Außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern“ mit einem durchschnittlichen Ausgabenbetrag von 0,75 Euro im Haushalt eines alleinstehenden Erwachsene nicht in die Regelsatzberechnung eingestellt. Bei Kindern könnte hier allerdings eine andere Wertung gerechtfertigt sein. Damit würde sich auch ein anderer Abschlag auf die gesamte Abteilung 09 ergeben. Überdies ist zu beachten, dass sich bei Familien auch andere Ausgabenbeträge in den einzelnen Positionen ergeben können: Beispielsweise haben Familien wohl höhere Ausgaben für „Außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern“ als Alleinstehende. Falls Familien einen höheren Anteil ihrer Gesamtausgaben in einer Abteilung auf regelsatzrelevante Güter verwenden, würde sich für die gesamte Abteilung auch ein anderer Abschlag ergeben.

Die in der Regelsatzverordnung (§ 2 RSVO) aufgeführten Abschlüsse lassen sich daher nicht ohne weiteres auf die Regelsatzberechnung für Kinder übertragen.

4. Pauschale Festsetzung der Kinderregelsätze ohne Begründung

Nicht nachvollziehbar ist die Begründung der für Kinder pauschal festgesetzten Prozentsätze vom Erwachsenenregelsatz. Zunächst fehlt eine Begründung, warum für jüngere Kinder 60 Prozent des Regelsatzes eines alleinstehenden Erwachsenen angesetzt werden. Dieser Wert ist willkürlich gesetzt. Auch der Verweis darauf, dass nach einer statistischen Untersuchung aus

dem Jahre 2003 14-jährige und ältere Kinder nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 etwa um ein Drittel höhere Kosten als jüngere Kinder verursachen sollen, überzeugt nicht. So wird in der angegebenen Untersuchung gar nicht in die Altersklassen 0–13 und 14–17 Jahre unterteilt, sondern mit den Altersklassen 0–6, 6–12 und 12–18 Jahre gerechnet.¹⁸ Die Höhe der Prozentsätze steht daher in keinem nachvollziehbaren Zusammenhang zum Konsumverhalten von Familien mit Kindern im Niedrigeinkommensbereich.

5. Wahl der Altersklassen ist undurchsichtig

Der pauschale Verweis auf „international anerkannte wissenschaftliche Verfahren“ zur Begründung der Wahl der Altersklassen, zum Beispiel die OECD-Skala, überzeugt nicht. Maßgeblich für die Bestimmung des Regelsatzes von Kindern muss sein, in welcher Höhe die Familien der Referenzgruppe – je nach Alter des Kindes – Ausgaben tätigen. Erst anhand einer solchen Untersuchung lassen sich eigene Altersklassen rechtfertigen. Den entwicklungsbedingten Besonderheiten im Ausgabeverhalten ist gerade bei Kindern Rechnung zu tragen, weil ansonsten eine Bedarfsunterdeckung droht. Vor dem Hintergrund des Bedarfsdeckungsprinzips können diese besonderen Bedarfe nicht mit einem pauschalen Hinweis auf die „gebotene typisierende Betrachtung“ abgetan werden.

6. Mangelnder Inflationsausgleich führt zu faktischer Bedarfsunterdeckung

Die Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe dauert jeweils zwei Jahre. Die Ausgaben, die dem Eckregelsatz zugrunde liegen, sind also immer auf einem Preisniveau von vor mindestens zwei Jahren entstanden. Der Eckregelsatz wird zwar jeweils zum 1.7. eines Jahres an den Rentenwert angepasst. Dieser hat sich jedoch weder 2004 noch 2005 oder 2006 verändert. Dies ist auch auf den sogenannten Nachhaltigkeitsfaktor zurückzuführen, um den die Formel zur Berechnung des Rentenwerts ergänzt worden ist. Erst zum 1.7.2007 erfolgte eine Rentenanpassung in Höhe von 0,54 Prozent und zum 1.7.2008 in Höhe von 1,1 Prozent. Im Jahr 2003 betrug allerdings die Inflationsrate gemessen am Verbraucherpreisindex circa 1,7 Prozent, im Jahr 2004 1,5 Prozent, im Jahr 2005 1,6 Prozent und im Jahr 2006 2,3 Prozent. Insgesamt ergab sich daher von 2003 bis 2007 gemessen am Verbraucherpreisindex eine Preissteigerung von 7,2 Prozent. Diese Preissteigerung wurde durch die Anpassung des Regelsatzes an die Entwicklung des Rentenwertes nicht aufgefangen. Das bedeutet, dass mit dem Regelsatz heutzutage weniger konsumiert werden kann, als nach den Berechnungen im Jahr 2003 an Bedarfen abgedeckt werden sollte. Die Bedarfe sind daher infolge der fehlenden Inflationsanpassung nicht gedeckt. →

7. Systematischer Fehler bei den Verkehrsausgaben

Die Wertung, welche Ausgabepositionen in der Abteilung „Verkehr“ regelsatzrelevant sind, erzeugt einen systematischen Fehler. Die vom Deutschen Caritasverband in Auftrag gegebenen Untersuchungen zeigen, dass die Haushalte in der Referenzgruppe regelmäßig ein Kraftfahrzeug besitzen.¹⁹ Daher sind sie in nur geringem Maße auf die Inanspruchnahme öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen. Folglich sind ihre Ausgaben in diesem Bereich geringer, als wenn sie ausschließlich öffentliche Verkehrsmittel nutzen würden.

Erkennt man bei Empfängern von Regelsätzen Ausgaben für ein Kraftfahrzeug nicht als regelsatzrelevant an, werden sie ausschließlich auf die Benutzung des öffentlichen Nahverkehrs verwiesen. Hierfür können die entsprechenden Ausgaben der Referenzgruppe aber nicht bedarfsdeckend sein.

8. Abweichende Bedarfe führen in die Armut

Abweichende Bedarfe werden in der Grundsicherung im SGB II nicht berücksichtigt. Das ist aber mit dem Bedarfsdeckungsprinzip nicht vereinbar. Es gibt Personen, deren individuelle Bedarfslagen sich so erheblich vom „Normalbedarf“ unterscheiden, dass hier eine abweichende Festsetzung des Regelsatzes unter Einbeziehung der jeweiligen Besonderheiten geboten wäre. So gibt es Kinder, die zum Beispiel wegen einer schweren Neurodermitis regelmäßig auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente angewiesen sind. Deren Kosten werden regelmäßig ab einem Alter von zwölf Jahren nicht von der Krankenkasse übernommen.²⁰ Um diese Bedarfe decken zu können, muss der Hilfebedürftige bei anderen Bedarfen die Ausgaben reduzieren. So muss der Jugendliche, der regelmäßig auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente angewiesen ist, diese aus dem normalen Regelsatz bezahlen, der eigentlich für Ernährung etc. vorgesehen ist. Sein soziokulturelles Existenzminimum ist folglich nicht sichergestellt.

Eine ähnliche Situation besteht bei Kindern, bei denen regelmäßig Kosten entstehen, wenn sie ihren von der Familie getrennt lebenden Elternteil besuchen. Speziell für die Kosten des Umgangsrechts hat die Rechtsprechung immerhin festgelegt, dass sie vom Sozialhilfeträger übernommen werden müssen.

III. Forderungen zur Neubemessung

1. Regelsätze von Kindern am Ausgabeverhalten von Familien für ihre Kinder ausrichten

Um die derzeitigen Defizite in der Ermittlung der Regelsätze für Kinder zu beheben, müssen diese sich zukünftig an den Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich für Kinder ausrichten. Als Referenzgruppe können die in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe erfassten, nach

Nettoeinkommen geschichteten untersten 20 Prozent der Haushalte mit Kindern – ohne Sozialhilfeempfänger – herangezogen werden.

2. Verdeckt Arme aus der Referenzgruppe herausnehmen

Die Ausgaben der Referenzgruppe sind zudem um die Ausgaben der sogenannten verdeckt Armen zu bereinigen. Die Gruppe der verdeckt Armen ist statistisch nicht erfasst. Es liegen aber Schätzungen vor.²¹

3. Abschläge für Kinder neu ermitteln

Die in § 2 Abs. 2 RSVO vorgesehenen Abschläge müssten bei einer Berechnung von Regelsätzen für Kinder in ihrer Wertung überprüft und neu berechnet werden.

4. Prozentsätze abschaffen – Regelsätze für Kinder eigenständig herleiten

Da ein eigenständiger Kinderregelsatz zu ermitteln ist, sind die Prozentsätze, die sich auf den Eckregelsatz eines Alleinstehenden beziehen, abzuschaffen.

5. Altersklassen neu bestimmen

Um den entwicklungsbedingten Bedarf von Kindern unterschiedlichen Alters zu decken, ist es geboten, das Ausgabeverhalten für Kinder unterschiedlichen Alters zu ermitteln. Sofern sich das Ausgabeverhalten je nach Altersstufen erheblich unterscheidet, sind unterschiedlich hohe Regelsätze festzusetzen.

6. Regelsätze an einen regelsatzspezifischen Preisindex anpassen

Die Regelsätze für Kinder müssen an die Preissteigerungen der regelsatzrelevanten Güter angepasst werden. Dazu ist ein regelsatzspezifischer Preisindex zu erstellen, nach dem sich die jährliche Anpassung der Regelsätze richtet. Wünschenswert wäre darüber hinaus ein geringerer zeitlicher Abstand zwischen den EVS-Erhebungen, zum Beispiel drei Jahre.

7. Verkehrsausgaben neu zuordnen

Die Abschläge und Zuordnungen in der Abteilung 12 (Verkehr) müssen neu festgesetzt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Referenzgruppe regelmäßig ein Kraftfahrzeug zur Fortbewegung nutzt und unterhält. Das Statistikmodell stößt hier an seine Grenzen. In Betracht kommen im Prinzip folgende Alternativen:

■ In den Regelsatz werden die durchschnittlichen Kosten einer Netzkarte für den öffentlichen Nahverkehr eingestellt.

■ Für jedes Kind aus armen Familien wird eine kostenlose Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs im notwendigen Umfang ermöglicht. Dies ist die bessere Alternative.

8. Abweichende Bedarfe berücksichtigen

Der Deutsche Caritasverband fordert, dass im SGB II für regelmäßige atypische Bedarfe eine Öffnungsklausel eingeführt wird, die eine abweichende Festsetzung der Regelleistung ermöglicht.

IV. Erste Abschätzungen einer Neubemessung des Kinderregelsatzes

Der DCV hat in einer ersten Abschätzung die Kinderregelsätze nach diesem Vorgehen neu bemessen. Die Untersuchung wird im Folgenden in einzelnen Schritten vorgestellt. Die grundlegenden Berechnungen wurden vom Statistischen Bundesamt nach einem im Auftrag des DCV erarbeiteten Konzept von Irene Becker¹ durchgeführt.

1. Regelsätze am Konsum von Kindern ausgerichtet

Die Ableitung der Kinderregelsätze vom Konsum eines Alleinstehenden ist aus mehreren Gründen problematisch (siehe Kritik und Handlungsbedarf). Deswegen werden die tatsächlichen Konsumausgaben von Kindern aus Familien unterer Einkommensgruppen ermittelt, um so einen eigenständigen Kinderregelsatz zu berechnen. Dabei ist die Vorgehensweise methodisch dieselbe wie bei der Bemessung des Eckregelsatzes eines Alleinstehenden:

Als Referenzgruppe dienen die unteren 20 Prozent der nach ihrem Einkommen geschichteten Ein-Kind-Familien ohne Sozialhilfeempfänger. Deren Konsumausgaben werden ermittelt und nach einem wissenschaftlich untermauerten Schlüssel auf Eltern und Kinder verteilt.²² Damit erhält man die Elternkonsumausgaben und die Kinderkonsumausgaben der Familien. Die Ausgaben, die nicht zum notwendigen Lebensunterhalt im Sinne des soziokulturellen Existenzminimums zählen, werden herausgerechnet. Auf die Konsumausgaben werden dazu dieselben Abschläge erhoben, die schon im Verfahren der Regelsatzbemessung für den Alleinstehenden verwendet wurden (siehe dazu I.3). Diese Abschläge müssen allerdings bei einer endgültigen Berechnung überprüft werden. Sie könnten zu hoch sein, wenn Familien mehr Geld für Dinge verwenden, die zum Lebensunterhalt im Sinne des soziokulturellen Existenzminimums gehören, als Alleinstehende.

Darüber hinaus wurden weitere Berechnungsschritte gegangen, um den generellen Kritikpunkten an der Berechnung der Regelsätze Rechnung zu tragen:

2. Verdeckt Arme aus der Berechnung herausgenommen

Damit die verdeckt armen Familien – das sind Familien, die eigentlich hilfebedürftig sind, aber keine Sozialleistungen in Anspruch nehmen – nicht in der Referenzgruppe bleiben, wurden sie herausgenommen. Dies entspricht dem Vorgehen bei den

Sozialhilfeempfängern. Verdeckte Armut wurde dabei nach einer Schätzung von Irene Becker pauschal bei einem Einkommen unterhalb von zwei Dritteln der Quintilsgrenze angenommen. Bei einer endgültigen Berechnung müsste man die Haushaltseinkommen mit den entsprechenden Arbeitslosengeld-II-Sätzen der Familien vergleichen, um die verdeckte Armut genau abzugrenzen.

3. Abschläge für Kinder bei Bildungsausgaben verändert

Es wurde keine normative Neubewertung der Abschläge auf die Ausgaben für Kinder vorgenommen. Dies würde eine gesamtgesellschaftliche, auch sozioethisch fundierte Diskussion voraussetzen.

Eine Ausnahme wurde allerdings bei den Ausgaben für Bildung gemacht. Bildungsausgaben werden derzeit bei der Regelsatzbemessung nicht berücksichtigt. Da der DCV Bildung und Befähigung als zentral für die Überwindung von Armut ansieht, wurden die Bildungsausgaben der Vergleichsfamilien in voller Höhe, das heißt zu 100 Prozent, in die Berechnung der Kinderkonsumausgaben einbezogen. Allerdings muss man dabei betonen, dass die Bildungsausgaben der Vergleichsfamilien im Durchschnitt nur 19 Euro betrugen.

4. Willkürliche Prozentsätze abgeschafft

Der eigenständige Kinderregelsatz macht die willkürlichen Abschläge vom Eckregelsatz obsolet.

5. Neue Altersklassen eingeführt

Die Konsumausgaben der Kinder von Ein-Kind-Familien wurden in drei unterschiedlichen Altersgruppen ermittelt: 0- bis 5-Jährige, 6- bis 13-Jährige, 14- bis 17-Jährige. Durch einen Vergleich kann die Altersgruppenaufteilung beim derzeitigen Kinderregelsatz (Kinder unter und über 14 Jahren) überprüft werden.

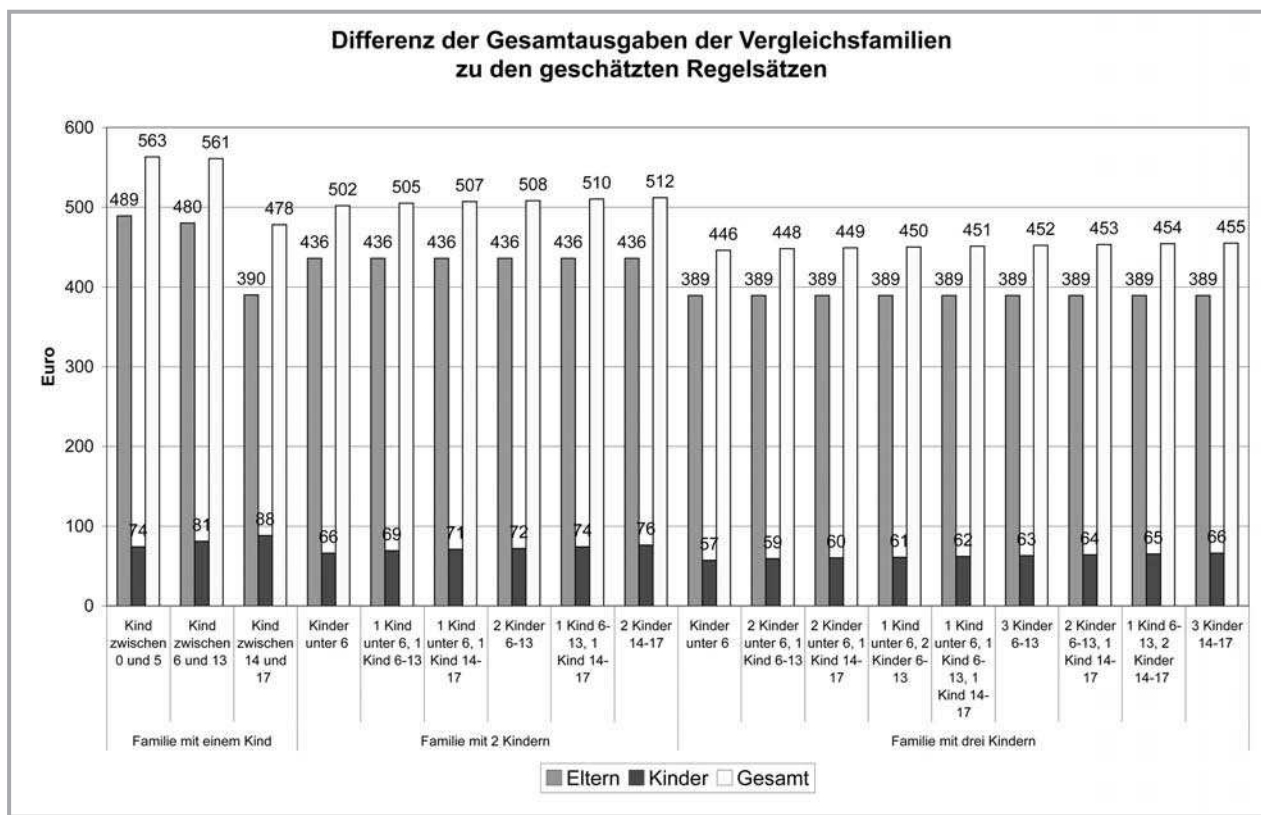
6. Regelsätze an Inflation angepasst

Um die Preissteigerungen seit Erhebung der Konsumausgaben im Jahr 2003 zu berücksichtigen, wurden die Konsumausgaben um die Inflation korrigiert. Dabei wurde die Inflation anhand des Verbraucherpreisindexes geschätzt (7,2 Prozent von 2003 bis 2007). Bei der endgültigen Berechnung müsste man – wie auch von der BAGFW gefordert²³ – die Inflation über einen regelsatzspezifischen Preisindex ermitteln, da im Regelsatz einige Güter gar nicht und andere überproportional repräsentiert sind.

7. Verkehrsausgaben als Sachleistung gefordert

Um die Fehleinschätzung der Verkehrsausgaben zu beheben, fordert der Deutsche Caritasverband für Kinder aus armen Familien die kostenlose Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs im notwendigen Umfang.²⁴

→



V. Ergebnisse der Abschätzung und Kosten

Die Untersuchung ergab, dass die heutigen Kinderregelsätze deutlich unter den abgeschätzten eigenständigen Kinderregelsätzen liegen: Bei einem Kind von null bis fünf Jahren lag der geschätzte eigenständige Kinderregelsatz 39 Euro über dem derzeitigen Regelsatz, bei einem Kind von sechs bis 13 Jahren sogar 54 Euro und bei einem Kind von 14 bis 17 Jahren 21 Euro über dem Regelsatz. Das bedeutet, dass ein Kind derzeit als Regelsatz deutlich weniger Geld bekommt, als es erhalten würde, wenn man ihm einen eigenen Regelsatz nach dem gleichen Verfahren wie für Erwachsene berechnete. Legt man unsere Abschätzungen zugrunde, muss der Kinderregelsatz deutlich erhöht werden. Danach würden sich folgende eigenständige Kinderregelsätze ergeben:

- 0- bis 5-Jährige: 250 Euro
(Regelsatzerhöhung um 39 Euro)
- 6- bis 13-Jährige: 265 Euro
(Regelsatzerhöhung um 54 Euro)
- 14- bis 17-Jährige: 302 Euro
(Regelsatzerhöhung um 21 Euro)

Die Untersuchung zeigt auch grundsätzliche Fehler der derzeitigen Regelsatzbemessung auf:

■ Die Ableitung der Kinderregelsätze vom Konsum eines Alleinstehenden mit willkürlichen Prozentsätzen ist nicht gerechtfertigt.

■ Die heutige Altersgruppenaufteilung in Kinder von 0 bis unter 14 Jahren und Kinder über 14 Jahren benachteiligt Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren. Die Konsumausgaben wachsen mit dem Alter der Kinder. So haben die 6- bis 13-jährigen Kinder deutlich mehr Konsumausgaben als 0- bis 5-Jährige und können deswegen nicht mit ihnen gleichgesetzt werden. Das ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass diese Kinder Schulanfänger sind und gerade anfangen, ihre ersten selbstständigen Schritte im Leben zu gehen. Gerade auf ihnen muss das gesellschaftliche Augenmerk liegen.

Die Erhöhung der Regelsätze führt nicht zu einer „übermäßigen“ Förderung. Das veranschaulicht der Vergleich mit den Konsumausgaben der Vergleichsfamilien ohne Abschläge (siehe Grafik oben).²⁵ Hier werden die Gesamtausgaben der Vergleichsfamilien (die unteren 20 Prozent der nach dem Einkommen geschichteten Familien ohne Sozialhilfeempfänger und verdeckt Arme) den Regelsätzen gegenübergestellt. Dabei wird angenommen, dass die Eltern ihren derzeitigen Regelsatz bekommen und die Kinder den geschätzten eigenständigen Kinderregelsatz: Den Eltern wird also der derzeitige Regelsatz

gezahlt (für beide Elternteile zusammen 632 Euro). Den Kindern werden die geschätzten eigenständigen Regelsätze zugestanden (je nach Alter des Kindes 250, 265 oder 302 Euro). Man erkennt, dass die Gesamtausgaben der Vergleichsfamilien für Konsum zwischen 446 und 563 Euro über den Regelsätzen für die Gesamtfamilie liegen (helle Säulen).

Beispiel: Eine Familie mit zwei Kindern zwischen 6 und 13 Jahren bekommt im Regelsatz bei Berücksichtigung des geschätzten eigenständigen Kinderregelsatzes 508 Euro weniger als ihre Vergleichsfamilie in der Referenzgruppe für den Konsum ausgibt. Bei den Kindern ist der Unterschied zwischen Gesamtausgaben für Konsum der Vergleichsfamilie und geschätzten eigenständigen Kinderregelsätzen 72 Euro (beide Kinder zusammen, graue Säule). Bei den Erwachsenen beträgt der Unterschied zwischen Gesamtausgaben für Konsum der Vergleichsfamilie und ihren Regelsätzen 436 Euro (dunkle Säule).

Kinder aus Zwei- und Drei-Kind-Familien haben etwas geringere Differenzen zwischen Regelsätzen und Gesamtaufwendungen für den Konsum. Das kann zum einen an Synergieeffekten, zum anderen aber auch an schwächeren Einkommenspositionen oder bewussten Einschränkungen der Haushalte mit mehreren Kindern liegen. Insgesamt gibt es Hinweise darauf, dass Synergieeffekte in Haushalten unterer Einkommensgruppen niedriger sind als in Haushalten höherer Einkommensgruppen, da sie bestimmte Ausgaben mit hohem „Synergiepotenzial“ (zum Beispiel Auto) nicht oder nur in geringerem Umfang tätigen.

Kosten:

Eine Regelsatzerhöhung in dem oben beschriebenen Ausmaß würde geschätzt folgende Kosten mit sich bringen:

Direkte Kosten der Regelsatzerhöhung:

Wenn man die Kinderregelsätze in der oben beschriebenen Weise erhöht, kostet das circa 1,2 Milliarden Euro jährlich. Der Berechnung liegt Folgendes zugrunde: Derzeit empfangen circa 2,2 Millionen Kinder Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende.²⁶ Der Regelsatz für Kinder wird im gewichteten Mittel um circa 46 Euro erhöht.²⁷ Auf das Jahr gerechnet ergeben sich daraus Kosten in Höhe von circa 1,2 Milliarden Euro.

Indirekte Kosten der Regelsatzerhöhung:

1. Erhöhung des Kinderzuschlags

Der Kinderzuschlag muss in Folge der Regelsatzerhöhung erhöht werden. Der Kinderzuschlag soll die Hilfebedürftigkeit der Familie vermeiden, wenn die Eltern allein nicht hilfebedürftig sind. Er soll also – vereinfacht gesagt – zusammen mit Kinder-

und Wohngeld die Bedarfe der Kinder decken. Wenn der Kinderregelsatz steigt, muss auch der Kinderzuschlag angepasst werden, um zu gewährleisten, dass Hilfebedürftigkeit von Familien vermieden wird. Denn sonst wären mehr Familien auf Arbeitslosengeld II angewiesen. Die Erhöhung des Kinderregelsatzes führt – unter der Voraussetzung, dass zeitgleich auch der Kinderzuschlag erhöht würde – folglich nicht zu einer Ausweitung der Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Zur genauen Wirkung des Kinderzuschlags, zu seiner notwendigen Erhöhung und den daraus resultierenden Kosten siehe den Vorschlag zum neuen Kinderzuschlag in Teil B.

2. Erhöhung des sächlichen Existenzminimums und damit des Steuerfreibetrags für Kinder

Weiterhin erhöhen sich durch die Erhöhung der Kinderregelsätze das sogenannte sächliche Existenzminimum und damit auch die Steuerfreibeträge: Das sächliche Existenzminimum wird neben den Wohn- und Heizkosten über die gewichteten Kinderregelsätze bestimmt (siehe Existenzminimumsbericht der Bundesregierung). Wenn man die Kinderregelsätze nach unseren Abschätzungen erhöht, ergibt sich ein Anstieg des sächlichen Existenzminimums um 552 Euro pro Jahr (46 Euro pro Monat). Zusammen mit dem Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf (2160 Euro) ist die Summe der steuerlichen Freibeträge neu 6360 Euro pro Jahr (530 Euro im Monat). Legt man den Spitzensteuersatz zugrunde, ist die maximale steuerliche Entlastungswirkung circa 223 Euro gegenüber 203 Euro vorher. Die steuerliche Entlastung steigt also (maximal) um 20 Euro pro Monat (240 Euro pro Jahr).

2008 haben rund 3,2 Millionen Kinder über die Kindergeldzahlung hinaus vom steuerlichen Freibetrag profitiert. Bei diesen Kindern war die Inanspruchnahme des Freibetrags günstiger als der Bezug des Kindergelds. Legt man diese Zahl der Kinder zugrunde, würde die Erhöhung des steuerlichen Existenzminimums circa 770 Millionen Euro jährlich kosten. Mit einer Erhöhung des Kinderexistenzminimums ist auch eine steuerliche Entlastung höherer Einkommen verbunden, da das Existenzminimum verfassungsrechtlich nicht der Besteuerung unterworfen werden darf.

Bandbreite der Kostenabschätzung: Die Zahl der Kinder, die vom steuerlichen Freibetrag profitieren, ist etwas unterschätzt. Durch die Erhöhung des Freibetrags würden hier noch einige Kinder hinzukommen. Die steuerliche Entlastung der Familien ist aber überschätzt, weil es viele Familien gibt, bei denen die Entlastungswirkung zwar über 154 Euro (Kindergeld) liegt, aber unter 223 Euro, der höchsten steuerlichen Entlastung. Insofern sind die Kosten der Erhöhung des steuerlichen Existenzminimums insgesamt wohl etwas überschätzt. →

B. Neugestaltung des Kinderzuschlags

I. Derzeitige Ausgestaltung des Kinderzuschlags

Der Kinderzuschlag soll – vereinfacht gesprochen – vermeiden, dass Eltern allein aufgrund ihrer Kinder hilfebedürftig werden und Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II – ALG II) beziehen müssen: Eltern, die mit ihrem Einkommen ihren eigenen Lebensunterhalt decken können, werden bei der Deckung der Lebenshaltungskosten ihrer Kinder unterstützt. Der Kinderzuschlag wird von der Familienkasse ergänzend zum Kindergeld ausgezahlt.

Der Kinderzuschlag beträgt maximal 140 Euro pro Kind. Kinderzuschläge für mehrere Kinder in einer Familie summieren sich und bilden den Gesamtkinderzuschlag. Um den Kinderzuschlag zu beziehen, muss das Einkommen der Familie einige Voraussetzungen erfüllen: Zum einen müssen die Eltern ein bestimmtes Mindesteinkommen beziehen. Bei Paaren liegt die sogenannte Mindesteinkommensgrenze bei 900 Euro brutto, bei Alleinerziehenden bei 600 Euro brutto.²⁸ Das genügt aber nicht, um den Kinderzuschlag zu bekommen: Die Hilfebedürftigkeit der Familie muss durch den Bezug des Kinderzuschlags vermieden werden. Das Einkommen der Familie darf mit dem Kinderzuschlag und allen sonstigen Leistungen (Wohngeld, Kindergeld) also nicht unter dem Arbeitslosengeld-II-Anspruch der Familie liegen (siehe dazu auch unten unter 1.).²⁹ Wenn diese beiden Voraussetzungen erfüllt sind, wird der Kinderzuschlag so lange in voller Höhe von 140 Euro pro Kind bezahlt, wie das Nettoeinkommen der Eltern unter ihrem Arbeitslosengeld-II-Anspruch liegt.³⁰ Dieses Einkommen, bis zu dem der Kinderzuschlag in voller Höhe gezahlt wird, wird Bemessungsgrenze genannt und ist für jede Familie unterschiedlich. Der Kinderzuschlag wird nur bis zu einer, ebenfalls nach Familienkonstellation differierenden, Höchsteinkommensgrenze gezahlt (siehe dazu auch 3.).

Durch die Kopplung an den Arbeitslosengeld-II-Anspruch der Familie ist der Kinderzuschlag ein komplex zu berechnendes Instrument und ganz individuell auf die einzelne Familiensituation zugeschnitten. Deswegen ist auch die Wirkung des Kinderzuschlags auf die einzelnen Familien sehr unterschiedlich. Unter 5. wird ein Beispiel für den Einkommensverlauf einer Familie gegeben.

Die Kosten des Kinderzuschlags lagen im Jahr 2007 bei 108,8 Millionen Euro. Nach der Reform, die am 1. Oktober 2008 in Kraft tritt, werden sich die Kosten um geschätzt 98 Millionen Euro jährlich erhöhen.³¹

Im Folgenden werden einige Merkmale des Kinderzuschlags zur Erläuterung einzeln dargestellt.

1. Vermeidung von Hilfebedürftigkeit der Familie, kein Wahlrecht zwischen Kinderzuschlag und Arbeitslosengeld II

Wer mit seinem Einkommen die Mindesteinkommensgrenze erreicht, bekommt – wie oben beschrieben – nicht automatisch einen Kinderzuschlag. Die zweite, wesentliche Voraussetzung für den Bezug des Kinderzuschlags ist, dass die Hilfebedürftigkeit der gesamten Familie im Sinne des SGB II vermieden wird. Das heißt konkret, dass das Familieneinkommen – bestehend aus eigenem (Erwerbs-)Einkommen, Kinderzuschlag, Kindergeld und (potenziell) Wohngeld – über dem Arbeitslosengeld-II-Anspruch der Familie liegen muss. Mit der Regelung soll nach Auffassung der Bundesregierung³² sichergestellt werden, dass die Familien immer die für sie günstigere Leistung in Anspruch nehmen und ihr soziokulturelles Existenzminimum decken. Allerdings wurde diese Intention bereits durchbrochen. So dürfen Personen mit Mehrbedarfen, insbesondere Alleinerziehende, den Kinderzuschlag in Anspruch nehmen, auch wenn sie dann (in der Höhe des Mehrbedarfs) unter dem für sie geltenden Grundsicherungsniveau leben.

Diese Regelung hat folgende Auswirkungen: Bei niedrigen Einkommen, die zwar oberhalb der Mindesteinkommensgrenze, aber unterhalb der Bemessungsgrenze liegen, hat die Familie oft keinen Anspruch auf Kinderzuschlag, sondern wird auf Arbeitslosengeld II verwiesen. Das betrifft insbesondere Familien mit älteren Kindern oder mit hohen Mietaufwendungen. So bekommt zum Beispiel ein Ehepaar mit einem 16-jährigen Kind, einem Erwerbseinkommen von 1500 Euro brutto und angemessenen Unterkunft- und Heizkosten in Höhe von insgesamt 520 Euro³³ keinen Kinderzuschlag, weil es in diesem Fall circa 180 Euro weniger Einkommen zur Verfügung hätte als beim Bezug von Arbeitslosengeld II. Bei Einkommen, die über der Bemessungsgrenze liegen, wird der Bedarf der Familie hingegen in aller Regel durch die Kombination mit dem Kinderzuschlag, Kindergeld und Wohngeld abgedeckt (zur Veranschaulichung siehe auch die Einkommensverlaufsgrafik unter 5.).

2. Kinderzuschlag schmilzt bei steigendem Einkommen zu 50 Prozent ab

Überschreitet das Netto(erwerbs)einkommen³⁴ der Eltern die Bemessungsgrenze, wird der Kinderzuschlag nicht mehr in voller Höhe gezahlt. Vielmehr reduziert sich der Gesamtkinderzuschlag um jeweils fünf Euro, wenn das Nettoerwerbseinkommen um jeweils zehn Euro steigt. Das bedeutet, dass den Eltern von je zehn Euro, die sie mehr verdienen, durch den Verlust an Kinderzuschlag nur fünf Euro übrig bleiben. Dadurch entsteht bei steigendem Erwerbseinkommen und Bezug des Kinderzuschlags eine Transferentzugsrate von 50 Prozent. Andere Einkommensarten, zum Beispiel Einnahmen aus Vermögen, werden in voller Höhe auf den Kinderzuschlag angerechnet.

3. Höchsteinkommensgrenze festgesetzt

Zusätzlich zur Abschmelzrate gibt es beim Kinderzuschlag die Höchsteinkommensgrenze, ab der er nicht mehr gezahlt wird: Die Höchsteinkommensgrenze liegt bei einem Nettoeinkommen, das sich aus der Summe der Bemessungsgrenze³⁵ und des Gesamtkinderzuschlags ergibt. Der Einkommenskorridor, in dem Anspruch auf Kinderzuschlag besteht, ist demnach sehr eng. Bei einem Kind ist er auf die Nettoeinkommensdifferenz von maximal 140 Euro beschränkt, bei zwei Kindern von maximal 280 Euro.

Das Besondere an der Höchsteinkommensgrenze ist, dass sie regelmäßig erreicht wird, bevor der Kinderzuschlag vollständig abgeschmolzen ist. Die Transferleistung „Kinderzuschlag“ entfällt also direkt bei Überschreiten der Höchsteinkommensgrenze in voller Höhe. Als Begründung für die Höchsteinkommensgrenze wird angeführt, dass ab diesem Netto(erwerbs)einkommen das verfügbare Einkommen einer Familie schon ohne den Kinderzuschlag über dem Arbeitslosengeld II liegt, das die Familie bekommen würde. Daher könne die Familie ihren Bedarf auch ohne Kinderzuschlag decken und solle nicht noch zusätzlich unterstützt werden.³⁶ Die Familie würde also auch ohne den Kinderzuschlag nicht auf das Arbeitslosengeld II angewiesen sein.

4. Höhe des Kinderzuschlags und des Wohngelds

Der Kinderzuschlag beträgt derzeit 140 Euro pro Kind. Die Höhe des Kinderzuschlags ist so gewählt, dass er zusammen mit dem Kindergeld und dem auf das Kind entfallenden Wohngeldanteil den durchschnittlichen Bedarf des Kindes an Arbeitslosengeld II und Sozialgeld abdeckt.³⁷

Das Wohngeld wird in Abhängigkeit von Miethöhe, Wohngeld (repräsentiert durch die Mietstufen der jeweiligen Gemeinde), Baualtersklasse³⁸, Anzahl der Personen im Haushalt und ihrem Einkommen berechnet. Dabei existieren Freibeträge beim Einkommen, die in ihrer Höhe nach Sozialversicherungs- und Steuerpflicht variieren. Das Wohngeld ist immer nur ein Zuschuss zur Miete, deckt diese also nicht vollständig ab. Die Mieten werden nur bis zu einer bestimmten Höhe³⁹ berücksichtigt. Mit wachsendem Einkommen sinkt die Höhe des Wohngelds. Der Wohngeldanspruch entfällt, wenn das Einkommen so hoch ist, dass Wohngeld von weniger als zehn Euro zu zahlen wäre. Die einzelnen Beträge des Wohngelds werden nach der Wohngeldformel des § 2 Abs. 1 Satz 1 WoGG berechnet und sind den sogenannten Wohngeldtabellen zu entnehmen.

5. Beispiel für den Einkommensverlauf einer Familie

Im Folgenden wird ein Beispiel für den Einkommensverlauf eines Paares mit zwei Kindern vorgestellt (siehe Grafik Seite 46).⁴⁰ Ein Kind ist unter 14 Jahre alt, das andere über 14 Jahre. Ein

Partner ist Alleinverdiener. Die Miete der Familie beträgt 545 Euro, zusätzlich zahlt die Familie 60 Euro Heizkosten.⁴¹

Die Einkommenssituation der Familie wird in Abhängigkeit des monatlichen Bruttoeinkommens aus Arbeit dargestellt. Es wird angenommen, dass die Familie keine anderen Einkünfte als Arbeitseinkommen hat.

Die Familie hat bei Erwerbslosigkeit einen Arbeitslosengeld-II-Anspruch von 1729 Euro. Davon entfallen 605 Euro auf die Erstattung der Kosten für Unterkunft und Heizung. Für die Deckung ihres gesamten sonstigen Lebensunterhalts hat die Familie 1124 Euro zur Verfügung (dies ist in der untersten horizontalen Begrenzungslinie als Referenzwert dargestellt).

Wenn ein Partner erwerbstätig wird, kann er in unteren Einkommensbereichen ergänzendes Arbeitslosengeld II beziehen (Zuverdienstregelung im SGB II⁴²). Die orangefarbene Kurve beschreibt das Familieneinkommen in diesem Fall. Sie beginnt beim Grundwert des ALG II und steigt dann langsam an, wenn das Bruttoeinkommen steigt. Die Familie profitiert also von der Arbeitsaufnahme.⁴³ Ab einem bestimmten Einkommen besteht kein Anspruch auf ergänzendes Arbeitslosengeld II mehr.

Die rote Kurve der Grafik zeigt den Verlauf des Nettoerwerbseinkommens bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. An der 400-Euro-Grenze sinkt das Nettoerwerbseinkommen kurzfristig ab, weil dann der Minijob-Bereich verlassen wird und die Sozialversicherungspflicht beginnt.

In der blauen Kurve wird die Summe von Nettoerwerbseinkommen und Kindergeld beschrieben. Die Familie bezieht insgesamt 308 Euro Kindergeld, 154 Euro pro Kind. Sie verläuft damit parallel zur Nettoerwerbseinkommenskurve.

Die grüne Kurve beschreibt die Summe von Nettoerwerbseinkommen, Kindergeld und Wohngeld. Dabei sieht man, dass das Wohngeld mit steigendem Einkommen sinkt und irgendwann vollends ausläuft. Die Sprünge der Wohngeldkurve ergeben sich durch das Einsetzen der Sozialversicherungs- und der Steuerpflicht (im Beispiel bei 400 Euro beziehungsweise circa 1700 Euro), weil dort andere Freibeträge beim anrechenbaren Einkommen vorgesehen sind. Ab einem bestimmten Einkommen hat die Familie keinen Anspruch auf Wohngeld mehr (die Kurven „Nettoerwerbseinkommen + Kindergeld + Wohngeld“ und „Nettoerwerbseinkommen + Kindergeld“ werden deckungsgleich).

Die violette Kurve, die nach dem Ende des ALG-II-Anspruchs beginnt, beschreibt die Summe von Nettoerwerbseinkommen, Kindergeld, Wohngeld und Kinderzuschlag. Der Kinderzuschlag setzt faktisch an dem Punkt ein, wo durch ihn die Hilfebedürftigkeit der Familie vermieden wird. Ab der Bemessungsgrenze schmilzt der Kinderzuschlag ab: Dadurch steigt das verfügbare Nettoeinkommen der Familie trotz steigenden Bruttoeinkommens kaum an. Das liegt daran, dass Kin-

Bild: Cynthia Rühmekorf



derzuschlag und Wohngeld zusammen stark abschmelzen. Die Familie profitiert kaum von Gehaltserhöhungen. Wenn die Familie die Höchsteinkommensgrenze erreicht hat, endet der Kinderzuschlag und es entsteht eine Abbruchkante im Familieneinkommen: Der Erwerbstätige muss circa 400 Euro mehr brutto verdienen, um den Verlust an verfügbarem Familieneinkommen wieder zu kompensieren.

II. Kritik am derzeitigen Kinderzuschlag

Der Deutsche Caritasverband hält den Kinderzuschlag grundsätzlich für ein geeignetes (Teil-)Instrument zur Bekämpfung von Kinderarmut. Allerdings zeigen folgende Kritikpunkte, dass der Kinderzuschlag noch nicht zielgerichtet genug ausgestaltet ist und Familien im und auf ihrem Weg aus dem Niedrigeinkommensbereich noch nicht ausreichend unterstützt werden.

1. Paradox: Indem der Staat Hilfebedürftigkeit vermeiden will, schadet er Familien in verdeckter Armut

Familien, die mehr als 900 Euro brutto verdienen (Mindesteinkommensgrenze, 600 Euro brutto bei Alleinerziehenden), sind vom Kinderzuschlag ausgeschlossen, wenn sie durch den Bezug von Kinderzuschlag nicht ihre Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II vermeiden können. Diese Familien haben Anspruch auf ergänzendes Arbeitslosengeld II. Einige Familien machen ihren Anspruch aber aus Scham oder Unkenntnis nicht geltend.⁴⁴ Es ist daher gerade nicht so, dass Familien immer die für sie ökonomisch sinnvollste Leistung in Anspruch nehmen (wollen). Diese Familien sind vielmehr verdeckt arm, das heißt sie leben mit einem Einkommen unterhalb von Arbeitslosengeld II. Unter dieser verdeckten Armut leiden in den Familien auch die Kinder.

Ein Beispiel macht das Problem besonders deutlich: Familien, die ein Einkommen haben, das gerade an der Grenze dessen liegt, was nötig wäre, um Kinderzuschlag beziehen zu dür-

fen. Bei diesen Familien kann eine Nettoerwerbseinkommensänderung in Höhe von wenigen Euro darüber entscheiden, ob sie Kinderzuschlag bekommen oder nicht. Die Folge davon sind Nettoeinkommensdifferenzen von bis zu 140 Euro pro Kind.

2. Kumulierende Abschmelzraten beim Kinderzuschlag und Wohngeld führen zu unverträglich hohen Transferentzugsraten bei steigendem Einkommen

Nicht nur der Kinderzuschlag nimmt mit steigendem Einkommen ab, sondern auch das Wohngeld. Deswegen kumulieren bei den Familien bei steigendem Einkommen die Abschmelzraten. Waren es beim Kinderzuschlag bereits 50 Prozent Transferentzug (für je zehn Euro mehr netto gehen fünf Euro vom Kinderzuschlag ab), sind es mit dem sinkenden Wohngeldanspruch schon circa 80 Prozent (bis zur Grenze, ab der das Wohngeld ausläuft). Vereinfacht gesagt, hat die Familie in bestimmten Einkommensbereichen von jedem Euro mehr Nettoverdienst nur circa 20 Cent mehr verfügbares Einkommen, weil Kinderzuschlag und Wohngeld stark zurückgehen.

Die Kombination der Abschmelzraten bei Kinderzuschlag und Wohngeld in Höhe von insgesamt circa 80 Prozent kann Familien erheblich demotivieren, durch steigendes Erwerbseinkommen ihre Familieneinkommen zu verbessern. Zugleich bedeutet sie, dass Familien trotz intensiver Bemühungen und Erfolge im Erwerbsleben im Niedrigeinkommensbereich verbleiben.

3. Höchsteinkommensgrenze führt zu Einbußen im Familieneinkommen trotz höherer Erwerbseinkommen

Die Höchsteinkommensgrenze verursacht bei einer grafischen Veranschaulichung der Transferkurve eine deutliche „Abbruchkante“ des verfügbaren Familieneinkommens (siehe Beispielgrafik unter I.5). Für die Familien bedeutet das, dass ihr verfügbares Einkommen deutlich sinkt, sobald ihr Netto(erwerbs)einkommen die Höchsteinkommensgrenze überschreitet. Die Höchsteinkommensgrenze unterläuft daher die Bemühungen von Familien in einem bestimmten Einkommensbereich, ihr Familieneinkommen durch ein steigendes Erwerbseinkommen zu erhöhen. Steigt das Bruttoerwerbseinkommen eines Alleinverdieners in oben genannter vierköpfiger Beispielfamilie (vgl. I.5) zum Beispiel von 2300 auf 2400 Euro, steigt sein Nettoerwerbseinkommen zwar um circa 60 Euro, aber infolge der Höchsteinkommensgrenze verringert sich das verfügbare Familieneinkommen letztlich um circa 115 Euro, da der Kinderzuschlag abrupt wegfällt. Die Familie hat daher trotz steigenden Erwerbseinkommens weniger Geld zur Verfügung. Erst bei einer Erhöhung des Bruttoeinkommens um circa 400 Euro hätte die Familie dasselbe Geld wie zuvor zur Verfügung.

Zudem ist eine Höchsteinkommensgrenze auch nicht notwendig, um den Anspruch auf Kinderzuschlag bei höheren Ein-

kommen zu begrenzen, da der Kinderzuschlag durch die Abschmelzrate automatisch auslaufen würde.⁴⁵ Das Argument, dass der Kinderzuschlag dort enden soll, wo er nicht mehr erforderlich ist, um den Bezug von Arbeitslosengeld II zu vermeiden, ist zwar nachvollziehbar. Einer Förderung von Familien im Niedrigeinkommensbereich, die notwendig ist, um ihnen den Weg zu einem Leben auf einem Einkommensniveau oberhalb des Arbeitslosengeldes II zu ebnen, ist jedoch demgegenüber der Vorzug zu geben.

4. Höhe des Kinderzuschlags

Der Ausrichtung der Höhe des Kinderzuschlags (in Kombination mit Kindergeld und anteiligem Wohngeld) an dem durchschnittlichen Bedarf, den Kinder an Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II haben, ist grundsätzlich zuzustimmen.

III. Forderungen zur Anpassung des Kinderzuschlags

Vor dem Hintergrund dieser Kritikpunkte hält der Deutsche Caritasverband folgende Reformen beim Kinderzuschlag für geboten:

1. Es muss ein Wahlrecht zwischen Kinderzuschlag und Arbeitslosengeld II geben.

Der Deutsche Caritasverband fordert, die Situation verdeckter armer Kinder zu verbessern, deren Familien ein Einkommen über der Mindesteinkommensgrenze haben, aber durch den Bezug von Kindergeld, Kinderzuschlag und Wohngeld Hilfebedürftigkeit nach SGB II nicht vermeiden können. Um die finanzielle Ausstattung dieser Familien zu verbessern, ist es geboten, für sie den Zugang zum Kinderzuschlag zu eröffnen, auch wenn sie damit nur ein Einkommen unterhalb des Arbeitslosengeldes II haben. Durch diese Maßnahme wird die verdeckte Armut nicht beseitigt, aber wesentlich gelindert. So käme es bei einer Familie mit einem Erwerbseinkommen an der Grenze zur Hilfebedürftigkeit im SGB II im Falle eines Rückgangs des Nettoerwerbseinkommens um einen Euro nicht zu einem Einkommensverlust von 140 Euro pro Kind, sondern nur zu einem Verlust um einen Euro.

Wichtig ist in diesem Fall auch eine qualifizierte Beratung der Familien bei der Behörde, bei der sie Leistungen beantragt. Nur wenn der Familie die Unterschiede in der Höhe der beiden Leistungen bewusst sind, ist sie in der Lage, verantwortlich zu wählen, welche Leistung sie in Anspruch nimmt.

2. Die Abschmelzrate muss auf 30 Prozent gesenkt werden.

Der Deutsche Caritasverband hält es für geboten, dass Familien, die Kinderzuschlag erhalten, von einem steigenden Erwerbseinkommen mehr profitieren als bisher. Die Abschmelzra-

te beim Kinderzuschlag ist daher von derzeit 50 Prozent auf 30 Prozent abzusenken. Damit wird in Kombination mit dem ebenfalls abschmelzenden Wohngeld eine Abschmelzrate in Höhe von circa 60 Prozent statt derzeit 80 Prozent erreicht.

3. Die Höchsteinkommensgrenze muss fallen.

Der Deutsche Caritasverband fordert die Abschaffung der Höchsteinkommensgrenze, um wesentliche Einkommensverluste der Familien bei Überschreiten dieser Grenze zu vermeiden und auch Familien im Niedrigeinkommensbereich und in der unteren Mittelschicht mit dem Kinderzuschlag zu erreichen.

4. Der Kinderzuschlag ist nach der Neuberechnung der Regelsätze für Kinder anzupassen.

Durch die vom Deutschen Caritasverband geforderte Neuberechnung der Regelsätze für Kinder (siehe Teil A) wird eine Anpassung der Höhe des Kinderzuschlags erforderlich. Dabei sind zwei Szenarien vorstellbar:

a. Anpassung an das sächliche Existenzminimum:

Nach dieser Vorstellung muss der Kinderzuschlag zusammen mit dem Kindergeld und dem Wohngeldanteil des Kindes das sächliche Existenzminimum decken. Ausgehend von der Annahme, dass dies derzeit erfüllt ist, muss der Kinderzuschlag dann um den Betrag erhöht werden, um den das Existenzminimum durch die Erhöhung der Kinderregelsätze steigt. Das sind nach unseren Abschätzungen 46 Euro.

b. Gewährleistung der Funktion des Kinderzuschlags:

Auch in diesem Szenario muss der Kinderzuschlag erhöht werden, damit er seine Funktion erfüllt, Familien vor Hilfebedürftigkeit zu schützen, wenn die Eltern alleine nicht hilfebedürftig wären: Kindergeld und Kinderzuschlag zusammen (294 Euro) könnten die Ansprüche eines Kindes über 14 Jahren aus dem eigenständigen Kinderregelsatz (302 Euro) nicht decken. Es können also Konstellationen auftreten, in denen die Familie trotz Kinderzuschlags noch hilfebedürftig ist. Orientiert man sich an dem heutigen Abstand des Kinderzuschlags (plus Kindergeld) vom Kinderregelsatz für Kinder über 14 Jahren, müsste der Kinderzuschlag um 21 Euro erhöht werden.

5. Beispiel für den Verlauf des Kinderzuschlags nach den geforderten Reformen

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich das Familieneinkommen verändern würde, wenn die Forderungen des Deutschen Caritasverbandes umgesetzt würden. Die Grafik auf Seite 47 stellt wieder den Verlauf der Einkommenskurven für die Beispielfamilie dar. Die Grafik erklärt sich dabei wie unter I.5 beschrieben. →

Die vom DCV beschriebene Reform hat dabei folgende Auswirkungen auf den Einkommensverlauf:

■ **Wahlrecht zwischen Kinderzuschlag und Arbeitslosengeld II:** Das Wahlrecht bewirkt, dass Familien, die kein Arbeitslosengeld II beziehen wollen, den Kinderzuschlag beziehen können. Für diese Familien verbessert sich ab einem Mindesteinkommen von 900 Euro brutto (600 Euro brutto bei Alleinerziehenden) ihre finanzielle Situation erheblich. Das Wahlrecht sorgt so für ein höheres Einkommen der verdeckt Armen.

■ **Änderung der Abschmelzrate auf 30 Prozent:** Die Transferentzugsrate von 30 Prozent sorgt für einen stärkeren Anstieg des verfügbaren Familieneinkommens im Bereich des Kinderzuschlags. Familien können so von besser bezahlten Jobs oder einer Ausweitung der Arbeitszeit profitieren und es lohnt sich, in Qualifizierung zu investieren.

■ **Wegfall der Höchsteinkommensgrenze:** Der Wegfall der Höchsteinkommensgrenze sorgt dafür, dass keine Abbruchkanten im verfügbaren Familieneinkommen mehr bestehen. Damit lohnt sich die Annahme einer besser bezahlten Arbeit, eine Ausweitung der Arbeitszeit oder eine Gehaltserhöhung für die Familien immer. Geringfügig besser verdienende Familien werden nicht mehr benachteiligt. Der Kinderzuschlag wird damit nicht nur zur Vermeidung des ALG-II-Bezugs eingesetzt. Er unterstützt auch Familien im Niedrigeinkommensbereich und in der unteren Mittelschicht.

IV. Kosten der Neugestaltung des Kinderzuschlags und Gesamtkosten des DCV-Vorschlags

Die Kosten für die Neukonzeption des Kinderzuschlags nach den vorangegangenen Forderungen des DCV wurden von der Prognos AG und dem Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung berechnet.

Wenn die Kinderregelsätze nicht erhöht würden und nur die Abschmelzrate auf 30 Prozent sank und die Höchsteinkommensgrenze aufgehoben würde, stiegen die Ausgaben für den Kinderzuschlag um 1,03 Milliarden Euro. 1,46 Millionen Kinder könnten so zusätzlich vom Kinderzuschlag profitieren.

Entsprechend dem Vorschlag des DCV sollen die Regelsätze erhöht werden. Deswegen muss in der Folge auch der Kinderzuschlag erhöht werden (siehe Teil A). Es ist eine offene Frage, ob der Kinderzuschlag an das sächliche Existenzminimum gekoppelt wird oder ausschließlich an die Vermeidung der Hilfebedürftigkeit. Wenn der Kinderzuschlag an das sächliche Existenzminimum gekoppelt wird, muss er um 46 Euro erhöht werden. Die Kosten für die Neugestaltung belaufen sich dann auf 2,25 Milliarden Euro. Es würden 2,27 Millionen Kinder zusätzlich vom Kinderzuschlag profitieren.

Mindestens jedoch muss der Kinderzuschlag um 21 Euro erhöht werden, damit weiterhin die Hilfebedürftigkeit von Familien vermieden werden kann. Die Kosten in diesem Modell betragen 1,53 Milliarden Euro. 1,82 Millionen Kinder zusätzlich hätten Anspruch auf den Kinderzuschlag.

In der Summe belaufen sich die Kosten auf:

■ **Erhöhung des Kinderregelsatzes (siehe Teil A):**

1,2 Milliarden Euro

■ **Erhöhung und Neugestaltung des Kinderzuschlags:**

mindestens 1,53 Milliarden Euro

(höchstens 2,25 Milliarden Euro)

■ **Gesamtkosten:**

mindestens 2,73 Milliarden Euro

(höchstens 3,45 Milliarden Euro)

Aufgrund der höheren Regelsätze erhöhen sich das sächliche Existenzminimum und der Steuerfreibetrag. Dadurch entstehen zusätzliche Kosten in Höhe von 770 Millionen Euro. Die Gesamtkosten des DCV-Vorschlags werden sich durch geplante Maßnahmen der Bundesregierung verringern. Die geplante Wohngeld- und die Kindergelderhöhung vermindern den Betrag, um den der Kinderzuschlag jeweils erhöht werden müsste. Damit sinken die Kosten der Neugestaltung des Kinderzuschlags.

C. Stärkung der Teilhabechancen von Kindern durch befähigende Sachleistungen

Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden nicht nur materiell. Die Zukunftschancen von Benachteiligten werden auch durch ungenügende Förderung und mangelnde Bildungschancen eingeschränkt. Gravierend ist folgende Beobachtung: Der Anteil der Personen, die im Alter von 25 bis 30 Jahren keinen Berufs- oder Hochschulabschluss haben und sich nicht in Ausbildung befinden, ist von 12,7 Prozent im Jahr 1996 auf 17,0 Prozent im Jahr 2006 gestiegen. Im Alter von 35 Jahren schließlich bleiben 15 Prozent der Bevölkerung dauerhaft ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung (3. Armuts- und Reichtumsbericht, S. 64).

Wenn über die Bekämpfung der Kinderarmut nachgedacht wird, müssen sowohl materielle als auch befähigende Gesichtspunkte beachtet werden. Neben der Existenzsicherung müssen die Teilhabechancen der Kinder gesichert sein. Das heißt Verbesserung von Bildungschancen, um Chancengerechtigkeit herzustellen. Es ist nicht akzeptabel, dass der Bildungsstand eines Kindes bei uns immer noch deutlich stärker von der sozialen Herkunft abhängt als in vielen anderen Ländern. Fehlende

Bildungsabschlüsse bedeuten ein langfristiges Arbeitslosigkeits- und Armutsrisiko. Aus Armut resultieren häufig ein schlechterer Gesundheitszustand beziehungsweise langfristige Gesundheitsrisiken. Neben den monetären Leistungen brauchen Kinder also auch gute strukturelle Rahmenbedingungen für ihre Entwicklung. Hierzu gehört ein flächendeckendes Angebot von Betreuungs-, Bildungs- und kulturellen sowie sportlichen Angeboten. Um diese Angebote wahrnehmen zu können, ist es erforderlich, dass Kinder und Jugendliche einen Zugang dazu erhalten. Hier sind die Länder und Kommunen gefragt. Sie dürfen nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden.

Der Deutsche Caritasverband hat in seiner Befähigungsinitiative für benachteiligte Kinder und Jugendliche in den letzten drei Jahren immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, Kinder zu befähigen. Jedes Kind hat Ressourcen und Fähigkeiten und ein Recht darauf, sich selbst entfalten zu können. Alle Hilfen müssen darauf ausgerichtet sein, Kinder und Jugendliche zu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Entscheidend ist, dass stets der Befähigungsansatz im Mittelpunkt steht. Es geht zum Beispiel bei der Forderung nach einem Schulmittagessen für Benachteiligte nicht nur darum, dass die Kinder einmal am Tag eine warme Mahlzeit bekommen. Vielmehr sind bei allen Hilfen auch die eigene Aktivität und die Potenziale der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Das heißt, dass die Jugendlichen im schulischen Rahmen selbst mitkochen, Kenntnisse über Nahrungsmittel erwerben und die Zubereitung lernen. Auch bei der Forderung, Nachhilfeunterricht anzubieten für Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen mit schlechten Schulleistungen, sollte zuerst überlegt werden, wie Jugendliche selbst, zum Beispiel ältere Schüler diese Aufgabe übernehmen können.

I. Zum derzeitigen Stand der Sachleistungen

Zur Gewährleistung ihrer sozialen Teilhabe werden den Kindern im SGB II und SGB XII über den Regelsatz hinaus einmalige Leistungen (§ 31 SGB XII, § 23 Abs. 3 SGB II) im Wesentlichen nur für die Erstausrüstung bei der Geburt und für mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen gewährt. Im Einzelfall kommt auch ein Mehrbedarf für behinderte Kinder ab Vollendung des 15. Lebensjahres sowie wegen kostenaufwendiger Ernährung in Betracht (§ 30 Abs. 4 und 5 SGB XII, § 21 Abs. 4 und 5 SGB II). Die Leistungen erfolgen durch Kostenübernahme beziehungsweise Gewährung von pauschalen Geldbeträgen. Weitere Leistungen sehen SGB II und SGB XII nicht vor.

Freiwillige Sachleistungen von Kommunen für bedürftige Familien (zum Beispiel Schwimmbadkarten, Ermäßigungen im öffentlichen Nahverkehr etc.) sind in den letzten Jahren in vielen Städten eingeschränkt worden. Erst nachdem Kinderarmut in



Bild: Cornelia Rühmkorf

vielen Städten öffentlich geworden ist, beginnen erste Kommunen, wieder freiwillige Leistungen für bedürftige Familien anzubieten.⁴⁶

Im Hinblick auf Schulbücher und schulbuchersetzende Medien besteht in den meisten Ländern faktisch keine Lehrmittelfreiheit mehr. Immer mehr Bundesländer haben in den letzten Jahren Eigenbeteiligungen⁴⁷ oder Leihgebühren⁴⁸ eingeführt, von denen überwiegend nur Sozialhilfeempfänger, Wohngeldempfänger und Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz befreit werden. Sogar Empfänger von SGB-II-Leistungen müssen teilweise die Eigenanteile selbst zahlen.⁴⁹ Auch Familien mit Einkommen nur knapp oberhalb der Schwelle zum Transferbezug müssen daher die Gebühren beziehungsweise Eigenanteile, die länderübergreifend zwischen zwölf und 100 Euro je Jahrgangsstufe variieren, selbst tragen.⁵⁰

II. Kritik an der derzeitigen Praxis

Der Deutsche Caritasverband erlebt in seinen Beratungsstellen und Diensten, dass die soziale Teilhabe von bedürftigen Kindern und Jugendlichen sowie ihre Bildungschancen nicht ausreichend gewährleistet sind: Familien suchen vermehrt die Tafeln, Kleiderkammern und Möbellager auf und fragen gezielt nach finanzieller Unterstützung für die Lernmittel (zum Beispiel Bücher, Hefte, Stifte) zu Beginn des Schuljahres. In fast allen Caritasverbänden in den Diözesen wurden sogenannte Schulumaterialkammern eingerichtet oder Spenden für die Ausstattung zu Schuljahresbeginn gesammelt. Kinder nehmen in Ganztagschulen nicht am Mittagessen teil, weil sie dieses nicht bezahlen können.

Angebote im Bereich Bildung, Kultur und Freizeit sind überwiegend nicht kostenfrei zugänglich. Vereinsbeiträge, Kursgebühren, Kosten für Nachhilfeunterricht etc. müssen aus der Pauschale des Regelsatzes finanziert werden. Wie hoch der dafür

Bild: Cynthia Rühmkorf



vorgesehene Betrag in den aktuellen Kinderregelsätzen ausfällt, lässt sich wegen ihrer pauschalen Ableitung vom Eckregelsatz eines alleinstehenden Erwachsenen nicht konkret bestimmen. Bei der vom Deutschen Caritasverband durchgeführten Untersuchung des Ausgabeverhaltens von Paaren mit einem Kind im Niedrigeinkommensbereich zeigt sich jedoch, dass deren durchschnittliche Ausgaben zum Beispiel im Bereich Nachhilfeunterricht von vier Euro bei den 6- bis 13-Jährigen und drei Euro bei den 14- bis 17-Jährigen nicht ausreichend sind, um einen regelmäßigen Nachhilfeunterricht zu finanzieren.⁵¹ Auch Kinder im Niedrigeinkommensbereich sind in dieser Hinsicht gegenüber Kindern aus einkommensstärkeren Familien erheblich benachteiligt. So zeigt die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003, dass bei Paaren mit einem Kind mit einem Einkommen im untersten Quintil⁵² nur sieben Prozent der Familien mit Kindern unter sechs Jahren, 21,4 Prozent der Familien mit Kindern von sechs bis 13 Jahren und nur 17,7 Prozent der Familien mit Kindern zwischen 14 und 18 Jahren an außerschulischem Unterricht in Sport oder musischen Fächern teilnehmen. Demgegenüber liegt die Beteiligungsquote bei Familien im vierten Quintil bis zu doppelt so hoch bei 14,3 Prozent, 42,9 Prozent und 22,3 Prozent.⁵³ Die unzureichende finanzielle Ausstattung für diese Bereiche setzt sich heutzutage bei den Empfängern von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II beziehungsweise Sozialgeld fort.

Die Abdeckung dieser Bedarfe durch einen pauschalen Ausgabenansatz im Regelsatz ist dabei nicht zielführend. Vielmehr haben Kinder individuell unterschiedliche Bedarfe an Bildungsangeboten (zum Beispiel Nachhilfe), Talente und Interessen (zum Beispiel an sportlichen oder musischen Aktivitäten).

III. Forderungen nach befähigenden Sachleistungen

Kinder brauchen insbesondere gute strukturelle Rahmenbedingungen für ihre Entwicklung. Hierzu gehört ein flächendeckendes Angebot von Betreuungs-, Bildungs- und kulturellen sowie sportlichen Angeboten. Der Deutsche Caritasverband hält es daher für erforderlich, dass Bund, Länder und Kommunen befähigende Sachleistungen kostenfrei für Kinder in einkommensschwachen Familien bereitstellen.

■ Kinder müssen Lehr- und Lernmittel haben

Dazu gehört im Bereich Bildung die Wiedereinführung der Lehrmittelfreiheit in allen Bundesländern, zumindest für alle Kinder aus Familien mit geringen Einkommen. Um Anschaffungen von Lernmitteln zu Schuljahresanfang bundesweit zu unterstützen, sollten im SGB II und SGB XII eine Beihilfe zum Schulanfang sowie zum Schuljahresbeginn als einmalige Leistung eingeführt werden.

■ Soziale Teilhabe und Gesundheit im schulischen Umfeld

Wichtig ist darüber hinaus, dass Kinder und Jugendliche auch im schulischen Umfeld sozial eingebunden sind. Es ist nicht tragbar, dass sie aus finanziellen Gründen bei eintägigen Schulausflügen nicht teilnehmen können. Dies könnte sowohl über das SGB II als auch als Sachleistung über die Kommune finanziert werden. Notwendig ist, dass für alle Schüler in Ganztagschulen kostengünstig ein Mittagessen bereitgestellt wird. Empfohlen wird ein Preis von einem Euro.

■ Ausbau der Gesundheitsprävention für Kinder und Jugendliche

Angeichts der Tatsache, dass die Herkunft aus sozial benachteiligten Familien ein Gesundheitsrisiko für Kinder und Jugendliche darstellt, ist eine früh einsetzende zielgruppenspezifische Prävention zwingend notwendig. Entsprechend müssen die Angebote für die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere für diese Gruppe ausgebaut werden. Es muss gewährleistet sein, dass gezielte Leistungen der Gesundheitsförderung zum Beispiel in Kindertagesstätten und Schulen angeboten werden und für Kinder aus Familien mit Transferbezug und niedrigem Einkommen kostenfrei sind.

■ Individuelle Förderung auch für einkommensschwache Schüler

Nachhilfe

5,5 Prozent der 14- bis 17-Jährigen aus dem untersten Einkommensquintil nehmen Nachhilfeunterricht gegenüber 20,3 Prozent aus dem obersten Quintil. Es ist nicht sinnvoll, im Regelsatz einen geringen Betrag für Nachhilfeunterricht einzustellen, der im Bedarfsfall nicht reicht. Demgegenüber ist es angebracht, Nachhilfe als Sachleistung für diejenigen bereitzustellen, die sie brauchen. Ein geeigneter Ort dafür ist die Schule, möglicherweise auch im Rahmen eines befähigenden Schulkonzepts.

Sprachförderung

Besonders benachteiligt sind Schüler mit Migrationshintergrund, die sprachliche Defizite haben. Ihnen muss – möglichst schon in der Kindertagesstätte – Sprachförderung gewährt werden.

Musische und sportliche Bildung, Mobilität

Die Beteiligungsquoten an außerschulischem Unterricht in Sport oder musischen Fächern sind bei Familien im Niedrigeinkommensbereich besonders gering. Auch Kinder aus einkommensschwachen Familien sollten die Möglichkeit haben, ein Musikinstrument zu lernen oder in den Musik- oder Sportverein zu gehen. Sinnvoll wäre ein kostenloses Angebot für diese Kinder in öffentlichen Musikschulen oder anderen Einrichtungen. Theater-, Zoo- und Museumsbesuche sollten für Kinder aus armen Familien überall kostenlos sein. Bewährt hat sich darüber hinaus auch die Ausgabe von Schwimmbadkarten für einen kostenlosen Zugang. Für Kinder aus armen Familien muss es eine kostenlose Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs im notwendigen Umfang geben. Zur Umsetzung der befähigenden Sachleistungen sind vor Ort unterschiedliche Modelle denkbar – Gutscheine, Kostenübernahme auf Antrag oder Familienkarten.

Anmerkungen

1. Die folgende Grundlegung der Position des Deutschen Caritasverbandes zur Bekämpfung der Kinderarmut ist von einer Arbeitsgruppe beim Deutschen Caritasverband (Verena Liessem, Clarita Schwengers, Birgit Fix, Thomas Becker, Georg Cremer, Markus Günter) erarbeitet worden. Die wissenschaftliche Beratung zu Fragen einer eigenständigen Berechnung des Kinderregelsatzes erfolgte durch die Armutsforscherin Irene Becker. Die zu dieser Berechnung notwendige Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 wurde durch das Statistische Bundesamt durchgeführt. Die Berechnung zu den Kosten des Vorschlags zur Neugestaltung des Kinderzuschlages erfolgte durch die Prognos

AG und das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (Ansprechpartner: Michael Böhmer, Prognos AG Basel).

2. BVerfGE 83, 60, 85; 40, 121, 131.

3. BVerwGE 36, 256, 258; 102, 366, 369.

4. BVerwGE 94, 326, 333.

5. BVerwGE 92, 6, 8.

6. BVerwGE 97, 376, 378.

7. BVerwGE 69, 46, 154.

8. § 28 SGB XII, § 2 Regelsatzverordnung (RSVO).

9. Ob diese Annahme bei allen Vergleichshaushalten erfüllt ist, ist indes fraglich. Viele Niedrigverdiener sind verschuldet und schränken sich deshalb bei ihren Ausgaben ein (ROTHKEGEL, Ralf in: GAGEL, Alexander: SGB II § 20 Rn. 42).

10. Nach BECKER, Irene: Was kaufen Familien mit niedrigem Einkommen? In: neue caritas, Heft 1/2008, S. 22ff., hier S. 23, handelt es sich bei den Alleinstehenden „um eine Teilgruppe mit hohem Altenanteil“. Vgl. dies.: Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich. Arbeitspapier Nr. 4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, Frankfurt/Main, Nov. 2007, S. 2.

11. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Arbeit und Soziales, Ausschuss-Drs. 16(11)286.

12. Vgl. § 3 Abs. 3 RSVO, § 28 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB II.

13. Vgl. hierzu Begründung zu § 3 Abs. 2 RegelsatzVO, BR-Drs.

206/04 S. 10f. unter Bezugnahme auf MÜNNICH; Margot/KREBS, Thomas: „Ausgaben für Kinder in Deutschland – Berechnungen auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998“, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 12/2003, S. 1080ff.

14. § 1 Abs. 3 der Verordnung zur Durchführung des § 22 des Bundessozialhilfegesetzes (Regelsatzverordnung).

15. Begründung zu § 3 Abs. 2 RegelsatzVO, BR-Drs. 206/04, S. 10f.

16. Begründung zu § 3 Abs. 2 RegelsatzVO, a. a. O.

17. § 4 RSVO.

18. Außerdem werden hier nicht die Ausgaben der Familien der Referenzgruppe für Kinder zugrunde gelegt, sondern die der Familien des ersten Dezils, des zehnten Dezils beziehungsweise aller Haushalte in der EVS.

19. BECKER, Irene: Was kaufen Familien mit niedrigem Einkommen? In: neue caritas, Heft 1/2008, S. 22ff., hier S. 26; vgl. dies.: Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich. Arbeitspapier Nr. 4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, Frankfurt/Main, Nov. 2007, S. 7.

20. Vgl. § 34 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V. Eine Ausnahme besteht gemäß § 34 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V nur für versicherte Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

21. BECKER, Irene: Armut in Deutschland: Bevölkerungsgruppen unterhalb der ALG-II-Grenze. Arbeitspapier Nr. 3 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“. Frankfurt/Main, Oktober 2006.

22. MÜNNICH, Margot; KREBS, Thomas: Ausgaben für Kinder in Deutschland – Berechnungen auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. *Wirtschaft und Statistik* 12/2002.
23. BAGFW: Freie Wohlfahrtspflege fordert neue Kinderregelsätze plus Förderung. In: *neue caritas*, Heft 12/2008, S. 31 ff.
24. Wird diesem Vorschlag gefolgt, wäre es vorstellbar, den Anteil der Ausgaben für den öffentlichen Nahverkehr an den Verkehrsausgaben im Kinderregelsatz zu streichen. Ausgaben für Fahrräder etc. müssen dagegen im Regelsatz enthalten bleiben.
25. Bei den Zwei- und Drei-Kind-Familien lagen nach den Auswertungen des Statistischen Bundesamtes nur die durchschnittlichen Konsumausgaben der Kinder dieser Familientypen vor, auf eine Differenzierung der Konsumausgaben nach Altersgruppen wurde hier verzichtet. Ausgehend von der Konsumstruktur der Kinder der Ein-Kind-Familien der verschiedenen Altersgruppen im Vergleich zum durchschnittlichen Kinderkonsum in der Ein-Kind-Familie wurden die Konsumausgaben der Kinder der Zwei- und Drei-Kind-Familien in den einzelnen Altersgruppen hochgerechnet.
26. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Analyse der Grundsicherung für Arbeitsuchende, August 2008, Daten für April 2008.
27. Die Gewichtung der Erhöhung erfolgt danach, wie lange ein Kind in den jeweiligen Altersstufen verbleibt. Das Vorgehen ist äquivalent zu dem im Existenzminimumsbericht (siehe dort für genauere Informationen).
28. Rechtslage ab 1.10.2008.
29. Alleinerziehende und andere Mehrbedarfsberechtigte können bei dieser Prüfung beantragen, dass ihr Mehrbedarf nach SGB II nicht in die Bemessung des Arbeitslosengeld-II-Anspruchs einbezogen wird.
30. Das maßgebliche Nettoeinkommen ist dabei das Gesamtnettoeinkommen abzüglich der durch Erwerbstätigkeit erreichbaren Freibeträge und der Werbungskosten. Bei der Ermittlung des Wohnkostenanteils der Eltern im Arbeitslosengeld II werden die Wohnkosten abweichend vom SGB II nicht pro Kopf auf die Familienmitglieder verteilt, sondern nach den Quoten, die im Existenzminimumsbericht festgesetzt werden. Danach werden bei Paaren mit einem Kind den Eltern 83,2 Prozent der Kosten für Unterkunft und Heizung zugerechnet. Bei Paaren mit zwei Kindern entfallen auf die Eltern 71,23 Prozent der Wohnkosten.
31. Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Bundeskindergeldgesetzes, BT-Drs. 16/9615 und BT-Drs. 16/9792.
32. Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bundeskindergeldgesetzes, BT-Drs. 16/9615, S. 9.
33. Annahme: Wohnung liegt in einer Gemeinde der Mietstufe IV und war ab 1992 bezugsfertig.
34. Jeweils immer nach Abzug von Werbungskosten und Freibeträgen bei Erwerbstätigkeit.
35. S. o. vor I.1.
36. Stellungnahme der Bundesregierung zur Gegenäußerung des Bundesrats zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Bundeskindergeldgesetzes, BT-Dr. 16/9615, S. 9; Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistung am Arbeitsmarkt, BR-Drs. 558/03, S. 201.
37. Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistung am Arbeitsmarkt, BR-Drs. 558/03, S. 201.
38. Bis 1.1.2009.
39. Höchstbeträge nach § 8 WoGG.
40. Dabei muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass der ALG-II-Anspruch der Familie sowohl von der Zahl und dem Alter der Kinder als auch von der Miethöhe in ihrer Gemeinde abhängt. Weil der Kinderzuschlag – wie oben beschrieben – an den ALG-II-Anspruch der Familie gekoppelt ist, ergeben sich auch hier Unterschiede für verschiedene Familientypen. Das Beispiel ist also individuell und kann nicht auf andere Familien übertragen werden.
41. Genaue Annahmen für die Berechnung: Paar mit zwei Kindern (eines unter und eines über 14 Jahre), keine Unterhaltszahlungen, keine Einkünfte außer Arbeitseinkommen, abhängig beschäftigt, Wohnung ab 1992 bezugsfertig, Wohnort in Gemeinde mit Mietstufe IV, Miete 545 Euro (nach Wohngeld maximal zu berücksichtigender Mietbetrag), Heizkosten 60 Euro, falls krankenversichert: AOK Baden-Württemberg. Werbungskosten unterhalb oder gleich der Pauschale von 920 Euro im Jahr. Berechnung nach dem derzeitigen Wohngeldgesetz (dies wird zum 1.1.2009 reformiert – daraus folgt eine gewisse Erhöhung des Wohngelds). Annahme, dass Warmmiete (also inklusive Heizkosten) im Rahmen des Arbeitslosengeldes II voll übernommen würde, das heißt als angemessen anerkannt wird. Zur Berechnung des Nettoerwerbseinkommens wurde der Brutto-Netto-Rechner der AOK verwendet.
42. Nach § 11 Abs. 2 Satz 2 SGB II werden vom Einkommen 100 Euro monatlich pauschal nicht auf das Arbeitslosengeld II angerechnet, um Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen, geförderte Altersvorsorgebeiträge oder die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben zu decken. Zusätzlich besteht nach § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6, 30 SGB II für Erwerbstätige ein Freibetrag in Höhe von 20 Prozent der Einkommensanteile zwischen 101 und 800 Euro und in Höhe von zehn Prozent für Einkommensbestandteile zwischen 801 und 1200 Euro. Bei Bedarfsgemeinschaften mit minderjährigen Kindern gilt Letzteres für Einkommensanteile bis 1500 Euro.
43. Das ergänzende Arbeitslosengeld II wurde eingeführt, damit es sich für Empfänger von Grundsicherungsleistungen „lohnt“, Arbeit aufzunehmen: Im Niedrigeinkommensbereich reichen die Gehälter oftmals nicht aus, um den Bedarf der Familie abzudecken. Damit

der Bedarf der Familie gedeckt ist und sie von der Arbeitsaufnahme trotzdem profitiert, gibt es die oben beschriebenen Freibeträge.

44. Zu einer Abschätzung der verdeckten Armut siehe BECKER, Irene: Armut in Deutschland : Bevölkerungsgruppen unterhalb der ALG-II-Grenze. Arbeitspapier Nr. 3 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“. Frankfurt/Main, Oktober 2006. Ein weiteres Indiz der verdeckten Armut ist die Tatsache, dass von 993 787 Anträgen auf Kinderzuschlag (in den Jahren 2005 bis 2007) mehr als die Hälfte der Anträge wegen zu niedrigen Einkommens abgelehnt wurden (siehe Dossier Kinderzuschlag – Gesetzliche Regelung und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008).

45. Vgl. auch Stellungnahme des Bundesrats zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Kindergeldgesetzes, BT-Drs. 16/9615, S. 7.

46. So hat zum Beispiel die Stadt Stuttgart am 30.5.2008 eine Strategiekonferenz Kinderarmut mit ausgerichtet und viele Handlungsmöglichkeiten erarbeitet, vgl.

www.stuttgart.de/sde/menu/frame/top_11021.htm;

www.stuttgart.de/sde/presse/detail/273550.

47. Zum Beispiel Art. 21 Abs. 2 BaySchFG; § 50 Abs. 2 Satz 2 BerlSchulG; § 70 SchulG RP; § 96 SchulG NW; § 43 ThürSchulG.

48. Zum Beispiel Runderlass des Kultusministeriums Niedersachsen vom 11.3.2005.

49. So besteht in Nordrhein-Westfalen die Befreiung nur für die Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII, vgl. § 96 Abs. 3 Satz 4 SchulG NW. Über weitere Entlastungen entscheidet der Schulträger in freier Verantwortung. Dagegen gilt nach Art. 21 Abs. 4 BaySchFG in Bayern eine Befreiung vom Eigenanteil für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II, SGB XII oder WohngeldG; ähnlich § 50 Abs. 4 Berl-SchulG; Runderlass des Kultusministeriums Niedersachsen vom 11.3.2005: Ausleihentgelt entfällt für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II, SGB XII und erzieherischen Hilfen außerhalb des Elternhauses nach dem SGB VIII.

50. Quelle: www.gew.de/tarifunde_2.htmlprint6/Situation_in_den_Bundeslaendern.html

51. BECKER, Irene: Was kaufen Familien mit niedrigem Einkommen? In: neue caritas, Heft 1/2008, S. 22ff., hier Tabelle 1. Zugrunde gelegt wurden die durchschnittlichen Konsumausgaben von Paarhaushalten mit einem Kind im untersten Quintil nach dem Alter des Kindes – begrenzt auf Haushalte mit einem Einkommen von mindestens zwei Dritteln der Quintilsgrenze (Herausnahme der verdeckt Armen).

52. Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Abschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug.

53. BECKER, Irene: Was kaufen Familien mit niedrigem Einkommen? In: neue caritas, Heft 1/2008, S. 22ff., hier S. 29.

Das Autorenteam



Dr. Verena Liessem

Referentin Koordination
Sozialpolitik beim DCV in
Freiburg
E-Mail: verena.liessem@caritas.de



Dr. Clarita Schwengers

Referentin Koordination
Sozialpolitik beim DCV in
Freiburg.
E-Mail: clarita.schwengers@caritas.de



Dr. Birgit Fix

Referentin Armutsfragen
beim DCV in Berlin
E-Mail: birgit.fix@caritas.de



Dr. Thomas Becker

Abteilungsleiter Sozial-
politik und Publizistik
beim DCV in Freiburg
E-Mail: thomas.becker@caritas.de



Prof. Dr. Georg Cremer

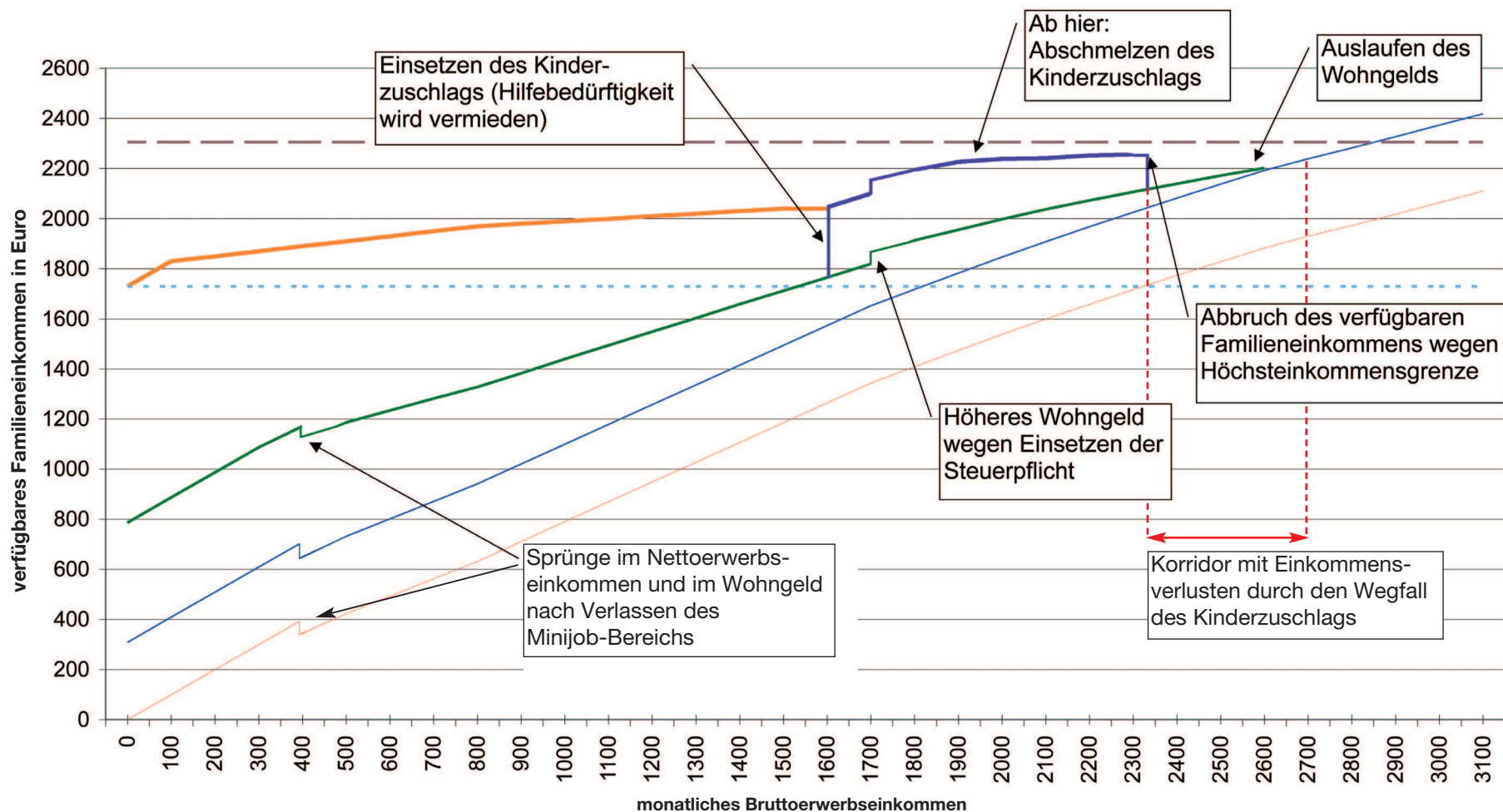
Generalsekretär des DCV
E-Mail: georg.cremer@caritas.de



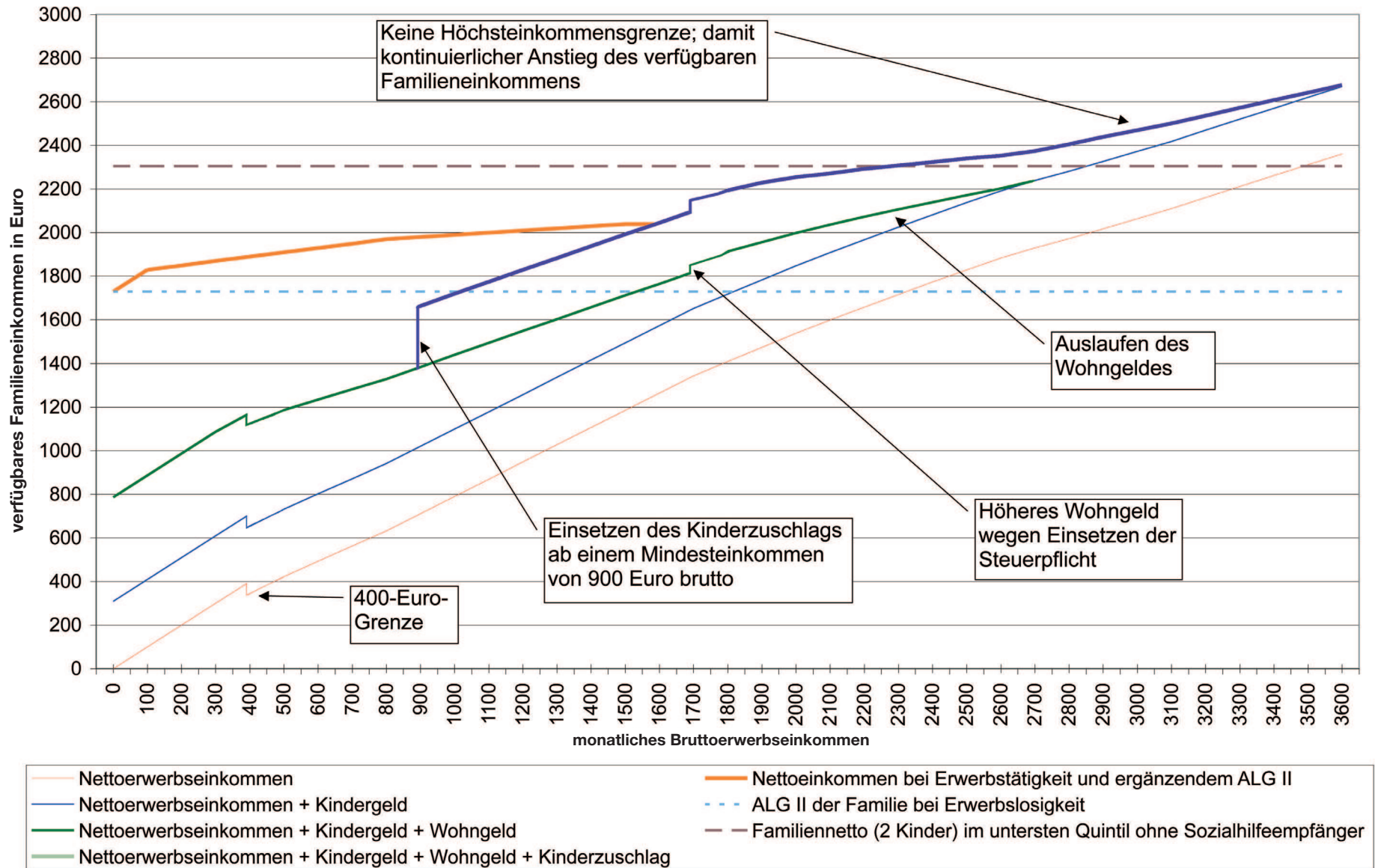
Markus Günter

Leiter des Referats Fami-
lien und Generationen
beim DCV in Freiburg
E-Mail: markus.guenter@caritas.de

Status quo:
Einkommensverlauf eines Paares mit 2 Kindern (1 Kind unter 14, 1 Kind über 14 Jahren)
Alleinverdiener, Warmmiete 605 Euro



Reformvorschlag des DCV zum Kinderzuschlag:
 Einkommensverlauf eines Paares mit 2 Kindern (1 Kind unter 14, 1 Kind über 14 Jahren)
 Alleinverdiener, Warmmiete 605 Euro





Ein Löffelchen für Felix. Die neue caritas für Mama.

Mit einem eigenen ABO in der Elternzeit oder im Sabbatjahr bleiben Sozialprofis am Ball.



Die neue caritas bietet Ihnen alle 14 Tage aktuell:

- zukunftsweisende Schwerpunkte
- neueste Rechtsprechung
- kontroverse Standpunkte
- wertvolle Orientierungshilfen
- weiterführende Tipps
- interessante Analysen, Kommentare, Debatten, Stellenangebote

**Weitere Infos zu Ihrem Abonnement unter
www.neue-caritas.de**

8.13 A Sozialhilfe *)

Regelsatz für die Hilfe zum Lebensunterhalt / Monat *)

Früheres Bundesgebiet

Jahr 1)	DM	Jahr	DM	Jahr	DM	Jahr	DM / € 3)
1969	134	1981	328	1993	511	2005 4)	345
1970	147	1982	338	1994	519	2006	345
1971	174	1983	342	1995	522		
1972	196	1984	351	1996	528		
1973	213	1985	370	1997	534		
1974	237	1986	389	1998	539		
1975	254	1987	398	1999	543		
1976	270	1988	407	2000	548		
1977	287	1989	419	2001	555		
1978	290	1990	436	2002	289		
1979	297	1991	460	2003	294		
1980	310	1992	491	2004	295		

Neue Länder

Jahr 2)	DM	Jahr	DM	Jahr	DM / € 3)	Jahr	Euro
1991	423	1996	510	2001	536	2006	331
1992	467	1997	516	2002	279		
1993	495	1998	520	2003	284		
1994	502	1999	524	2004	285		
1995	504	2000	529	2005 4)	331		

Deutschland

Jahr	DM	Jahr	DM	Jahr	DM / € 3)	Jahr	Euro
1991	447	1996	521	2001	547	2006	340
1992	482	1997	527	2002	285	2007 5)	345
1993	505	1998	532	2003	290	2007 6)	347
1994	513	1999	536	2004	291	2008 6)	351
1995	515	2000	541	2005 4)	340	2009 6)	359

*) Stand der Daten: April 2009

1) Jahresdurchschnitte ; 1957 bis Mai 1962 = Bundesdurchschnitt der Fürsorgerrichtsätze für den Haushaltsvorstand, ab Juni 1992 = rechnerischer Bundesdurchschnitt der Eckregelsätze für den Haushaltsvorstand nach dem Bundessozialhilfegesetz. Ang. schließen Berlin (Ost) ein

2) Angaben schließen Berlin (Ost) ein

3) Ab 2002 in €

4) Durch die Reform der Sozialhilfe und das Inkrafttreten des SGB XII wurden die meisten einmaligen Beihilfen in den Regelsatz aufgenommen

5) Ab 1. Januar einheitlicher gesamtdeutscher Regelsatz

6) Ab 1. Juli

14.12.07

Antrag

des Landes Nordrhein-Westfalen

Entschlieung des Bundesrates zur Berücksichtigung des kinder-spezifischen Bedarfs bei der Bemessung der Regelleistungen nach dem SGB II und SGB XII

Der Ministerpräsident
des Landes Nordrhein-Westfalen

Düsseldorf, den 14. Dezember 2007

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ersten Bürgermeister
Ole von Beust

Sehr geehrter Herr Präsident,

namens der Landesregierung Nordrhein-Westfalen bitte ich, gemäß § 36 Abs. 2 der Geschäftsordnung den als Anlage mit Begründung beigefügten

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung zusätzlicher Leistungen für Kinder und Jugendliche im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch *

und den ebenfalls beigefügten Antrag für eine

Entschlieung des Bundesrates zur Berücksichtigung des kinder-spezifischen Bedarfs bei der Bemessung der Regelleistungen nach dem SGB II und SGB XII

* siehe Drucksache 906/07

in die Tagesordnung der Plenarsitzung des Bundesrates am 20. Dezember 2007 aufzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Rüttgers

EntschlieÙung des Bundesrates zur Berücksichtigung des kinderspezifischen Bedarfs bei der Bemessung der Regelleistungen nach dem SGB II und SGB XII

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Regelleistung für Kinder nach dem SGB II sowie dem SGB XII neu zu bemessen und als Grundlage dafür eine spezielle Erfassung des Kinderbedarfes vorzusehen.

Außerdem soll geprüft werden, in welchen Bereichen Sachleistungen besser als Geldleistungen eine chancengerechte Teilhabe der Kinder am gesellschaftlichen Leben gewährleisten.

Die Beteiligung der Länder an der Überprüfung ist sicherzustellen.

Begründung:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder haben bei der 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 15./16. November 2007 einstimmig die Auffassung vertreten, dass die Regelleistung für Kinder neu zu bemessen und als Grundlage dafür eine spezielle Erfassung des Kinderbedarfes vorzusehen ist.

Grund dafür ist u.a., dass eine nachvollziehbare und wissenschaftliche Ableitung der jetzigen Regelleistungen für Kinder und Jugendliche nach dem SGB II und SGB XII nicht erkennbar ist. Insbesondere die aktuelle Einteilung in zwei Altersklassen und die prozentuale Ableitung von der Regelleistung eines allein stehenden Erwachsenen wird den besonderen Bedarfen von Kindern und Jugendlichen nicht hinreichend gerecht. In der Regelsatzverordnung zum Bundessozialhilfegesetz waren drei Altersstufen vorgesehen, die der Gesetzgeber im Rahmen des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt jedoch nicht übernommen hat.

Mit dem jetzigen System können besondere entwicklungsbedingte Bedarfe der Kinder und Jugendlichen, insbesondere im Zusammenhang mit der Teilhabe an Bildung, nicht hinreichend abgebildet werden. Grund dafür ist u.a., dass die bisherigen statistischen Modelle nicht am Bedarf der Kinder ausgerichtet sind, sondern sich allein an den Ausgaben der einkommensschwachen Haushalte orientieren und als Bezugspunkt der Bedarf eines allein stehenden Erwachsenen dient.

Bei der Ausgestaltung der Leistungen für Kinder und Jugendliche im SGB II und SGB XII ist zu gewährleisten, dass die Mittel tatsächlich den Kindern und Jugendlichen zweckentsprechend zugute kommen und nicht im allgemeinen Haushaltsbudget der Bedarfsgemeinschaft aufgehen und ggf. für andere Ausgaben verwendet werden. Deshalb soll geprüft werden, in welchen Bereichen Sachleistungen besser als Geldleistungen eine chancengerechte Teilhabe der Kinder am gesellschaftlichen Leben gewährleisten.



Verfassungsrichter stellt klar

Alle Hartz-IV-Regelsätze "erklärungsbedürftig"

Das Bundesverfassungsgericht prüft in einem umfassenden Verfahren, ob die Hartz-IV-Regelsätze für Kinder und Erwachsene mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Es gehe nicht nur um die Leistungen für Kinder unter 14 Jahren, sondern auch um die Sätze für Alleinstehende und erwachsene Partner, sagte Gerichtspräsident Hans-Jürgen Papier in Karlsruhe bei der mündlichen Verhandlung über Vorlagen des Bundessozialgerichts und des Hessischen Landessozialgerichts.



Hans-Jürgen Papier

Das Verfassungsgericht befasse sich mit den Inhalten und Grenzen eines "Grundrechts auf Gewährleistung menschenwürdigen Existenzminimums". Diese Grenzen seien noch nicht abschließend geklärt. Das Urteil wird in einigen Monaten erwartet.

In der Verhandlung stellten mehrere Verfassungsrichter sehr kritische Fragen an die Bundesregierung. Papier nannte die Ermittlung der Regelsätze "erklärungsbedürftig" und fragte, ob die zugrunde gelegten Zahlen überhaupt "valide" oder "einfach nur gegriffen" seien, ohne den Bedarf realitätsgerecht zu ermitteln.

- [Verfassungsgericht prüft Hartz-IV-Sätze für Kinder, tagesschau 20:00 Uhr \[Karl-Dieter Möller, SWR\] \(/multimedia/video/video589174.html\)](#)
- [Weitere Video-Formate \(/multimedia/video/video589174.html\)](#)

"Lernendes System"

Die Bundesregierung verteidigte die Hartz-IV-Sätze. Die Regelleistungen für Erwachsene seien "ausreichend und korrekt ermittelt", sagte der Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, Detlef Scheele. Scheele sprach aber von einem "lernenden System".

Die Richtervorlagen - die jeweils die Rechtslage des ersten Halbjahres 2005 angreifen - halten es für verfassungswidrig, dass der spezifische Bedarf für Kinder unter 14 Jahren nicht eigens ermittelt, sondern prozentual mit 60 Prozent vom Erwachsenen-Regelsatz abgeleitet wurde. Das Landessozialgericht beanstandet auch den Erwachsenen-Regelsatz.

Dossier



(</inland/dossierkinderarmut2.html>)

Arme Kinder - armes Deutschland (</inland/dossierkinderarmut2.html>) Fakten und Reportagen zum Thema Kinderarmut [[mehr /inland/dossierkinderarmut2.html](/inland/dossierkinderarmut2.html)]



"Es langt nicht"

In den drei Ausgangsverfahren haben Familien mit Hartz IV aus Dortmund, dem bayerischen Landkreis Lindau am Bodensee und aus Hessen geklagt. Nur der Kläger aus Hessen war persönlich in Karlsruhe erschienen. Er fragte, wie er eine "Teilhabe" an der Gesellschaft haben solle, wenn seine dreiköpfige Familie mit nur 700 Euro im Monat leben müsse. Sein Anwalt betonte: "Es langt nicht."

Zuvor hatten [mehrere Verbände eine deutliche Erhöhung der Hartz-IV-Sätze \(/inland/hartziv102.html\)](/inland/hartziv102.html) für Kinder gefordert.

Hintergrund

Die "Grundsicherung für Arbeitsuchende" - besser bekannt als Hartz IV - sieht als Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts derzeit 359 Euro monatlich vor; bei Inkrafttreten des Gesetzes Anfang 2005 waren es noch 345 Euro. Damit sollen etwa Ernährung, Kleidung, Körperpflege und Hausrat abgedeckt werden - Miete dagegen wird extra bezahlt. Dieser Betrag soll den Bedarf eines Alleinstehenden abdecken. Leben zwei erwachsene Partner zusammen, stehen ihnen - weil Zusammenleben angeblich Kosten spart - jeweils 90 Prozent von dieser Regelleistung zu, also 323 Euro. Bei Kindern und Jugendlichen sind die Leistungen gestaffelt, und zwar ausgehend vom Regelsatz: Unter sechs Jahren gibt es 60 Prozent (215 Euro), unter 14 Jahren 70 Prozent (251 Euro), darüber 80 Prozent (287 Euro). Das Kindergeld wird damit verrechnet, für Schüler gibt es allerdings noch 100 Euro jährlich extra. Anfangs gab es nur zwei Stufen: 60 Prozent zwischen 0 und 14 Jahren, 80 Prozent darüber.

- [Studie: Kluft zwischen Arm und Reich vertieft \(21.01.2009\) \(/wirtschaft/armreich100.html\)](/wirtschaft/armreich100.html)
- [Hartz IV Basisinfos: Leben mit 359 Euro \[br\] \(http://www.br-online.de/ratgeber/verbrauchertipps/hartz-iv-basisinfos-DID1251297826897/index.xml\)](http://www.br-online.de/ratgeber/verbrauchertipps/hartz-iv-basisinfos-DID1251297826897/index.xml)
- [Weltatlas: Deutschland \(http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland\)](http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland) [Flash (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>)] HTML (http://atlas.tagesschau.de/html/index.php?display_id=507000)]

Ihre Meinung zum Thema



Reichen 251 Euro im Monat für ein Kind?

Die "Grundsicherung für Arbeitsuchende" sieht als Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts derzeit 359 Euro monatlich vor. Damit sollen etwa Ernährung, Kleidung, Körperpflege und Hausrat abgedeckt werden - Miete wird extra bezahlt. Bei Kindern und Jugendlichen sind die Leistungen gestaffelt: Unter sechs Jahren sind es 60 Prozent vom Regelsatz (215 Euro), unter 14 Jahren 70 Prozent (251 Euro), darüber 80 Prozent (287 Euro). Das Kindergeld wird damit verrechnet. Sind diese Sätze ausreichend?

[In eigener Sache \(/meldung212042.html\)](/meldung212042.html)

Stand: 20.10.2009 17:07 Uhr

Nachrichten-Weltatlas



Deutschland (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>)

Landkarte, weitere Nachrichten aus der Region und viele Hintergrundinformationen.

[Flash (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>) | HTML (http://atlas.tagesschau.de/html/index.php?display_id=507000)]

Video



Mehr als 6,7 Millionen Hartz-IV-Empfänger gibt es in Deutschland [Steffen Streu, RBB] (</multimedia/video/video589182.html>)

Video

- **Verfassungsgericht prüft Hartz-IV-Sätze für Kinder** (</multimedia/video/video589174.html>)

Karl-Dieter Möller, SWR [[tagesschau 20:00 Uhr 20.10.2009](tagesschau%2000%20Uhr%2020.10.2009) (</multimedia/video/video589174.html>)]

Audio

- **Viel zu wenig zum leben - Karlsruher Anhörung zu Hartz IV-Kindern** [Angela Tesch (MDR), ARD Berlin] [20.10.2009 15:18 | 3'17"](#) (</multimedia/audio/audio45210.html>)
- **Kommentar: Absurde Hartz-IV-Sätze für Kinder** [Gerhard Schröder, DLF] [20.10.2009 19:38 | 2'50"](#) (</multimedia/audio/audio45238.html>)

Mehr zum Thema

- **Verfassungsrichter entscheiden über Hartz IV** (</inland/hartzsaetze100.html>)

Aus dem Archiv

- **Studie: Kluft zwischen Arm und Reich vertieft (21.01.2009)** (</wirtschaft/armreich100.html>)
- **Interview: Arme Kinder oft ohne Perspektive (04.12.2008)** (</inland/interviewsiggelkow100.html>)

Mehr Inland

- **Tief "Daisy": Auto- und Bahnfahrer gefangen** (</inland/winter184.html>)
- **Müller verlangt mehr Disziplin in der Koalition** (</inland/merkel1266.html>)
- **ARD-DeutschlandTrend: Keine Mehrheit für die Steuersenkungspläne** (</inland/deutschlandtrend/deutschlandtrend968.html>)
- **Essen feiert Eröffnung als Kulturhauptstadt 2010** (</kultur/kulturhauptstadtessen102.html>)
- **Essen: Vom alten Zechenbau zum Mythos** (</kultur/ruhrmuseum100.html>)

tagesschau.de ist für den Inhalt externer Links nicht verantwortlich.

Servicenavigation

Willkommen beim

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend!

[Startseite](#) → Familie

Fr 18.12.2009

Familien werden ab 2010 stärker entlastet

Familien werden ab 2010 verstärkt entlastet



Ab dem 1. Januar 2010 werden das Kindergeld, der Kinderfreibetrag sowie der Unterhaltsvorschuss erhöht. Die Bundesregierung baut damit die Förderung für Familien im kommenden Jahr weiter aus.

"Wir helfen den Familien in Deutschland ganz gezielt da, wo sie Unterstützung brauchen", erklärte die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Köhler zu den beschlossenen gesetzlichen Änderungen.

"Gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten ist es wichtig, dass wir den Familien finanziell unter die Arme greifen. Ich freue mich insbesondere, dass es uns gelungen ist, den Unterhaltsvorschuss zu erhöhen. Denn hier zählt wirklich oft jeder Euro", betonte Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Köhler.

Die Maßnahmen sind Teil des sogenannten Wachstumsbeschleunigungs- gesetzes, dem der Bundesrat am 18.12.2009 zugestimmt hat.

Wesentliche Änderungen ab dem 1. Januar 2010 im Überblick

Das Kindergeld steigt für das erste und zweite Kind monatlich von 164 Euro auf 184 Euro, für das dritte Kind von 170 Euro auf 190 Euro und für alle weiteren Kinder von 195 Euro auf 215 Euro.

Auch der Unterhaltsvorschuss für Kinder getrennt lebender Eltern wird angehoben: Von 117 Euro auf 133 Euro für Kinder bis fünf Jahre und von 158 Euro auf 180 Euro für die 6- bis 11-jährigen. Der Kinderfreibetrag wird ebenfalls erhöht - von derzeit 6024 Euro auf 7008 Euro. Die Erhöhung der Freibeträge für Kinder wirkt sich auch auf die Unterhaltsansprüche von Kindern von allein erziehenden Eltern aus. Der gesetzliche Mindestunterhalt wird angepasst und beträgt ab Januar 2010

für Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres 317 Euro

für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres 364 Euro und

für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 426 Euro.

Änderungen im Steuerrecht

Weitere steuerliche Änderungen sehen das sogenannte Faktorverfahren für Ehepaare vor. Dieses bietet die Möglichkeit, die Vorteile des Ehegattensplittings gerechter als bisher untereinander aufzuteilen.

Außerdem können Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab 2010 in größerem Maße als bisher steuerlich geltend gemacht werden. So steigen die Abzugsvolumina für Arbeitnehmer wie für Selbständige um 400 Euro, darüber hinaus wird sichergestellt, dass die für eine Basisranken- und Pflegepflichtversicherung gezahlten Beiträge voll abziehbar sind.

Verbesserungen für Zivis und in der Schwangerenberatung

Die Bundesregierung verstärkt mit Beginn des neuen Jahres den Schutz des ungeborenen Lebens: Das Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes soll für eine bessere Beratung von Schwangeren sorgen, die ein möglicherweise behindertes Kind erwarten. Eine der Neuerungen: Der Diagnose stellende Arzt muss die Schwangere zukünftig zu den psychosozialen und medizinischen Aspekten, die sich aus dem Befund ergeben können, beraten und - je nach Befund - entsprechende Fachärzte hinzuziehen. Die Indikation darf erst nach drei Tagen gestellt werden, wobei der Arzt die Schwangere über die Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs aufklären muss. Die Schwangere selbst muss dokumentieren, dass sie beraten wurde oder auf die Beratung verzichtet hat.

Auch im Zivildienst treten Neuregelungen in Kraft: Die bisherigen Seminare für Zivildienstleistende werden neu strukturiert und durch neue Seminarangebote ergänzt, die der künftige Zivi zusammen mit seiner Dienststelle zum Teil selbst buchen kann. Am Ende seines Zivildienstes erhält jeder Zivi ein qualifiziertes Dienstzeugnis, welches seine im "Lerndienst" erworbenen persönlichen, sozialen und fachlichen Kompetenzen für seine weitere berufliche Entwicklung dokumentiert.

Weitere Informationen**Leistungen und Förderung****[Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz - Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes](#)****Video****[Verbesserte Familienleistungen 2010](#)****Audio****[Kristina Köhler: "Wir helfen Familien ganz gezielt da, wo sie Unterstützung brauchen"](#)****Pressemittteilungen****[Bundesministerin Kristina Köhler: "Wir helfen den Familien in Deutschland ganz gezielt da, wo sie Unterstützung brauchen"](#)****Externe Links zum Thema****[Magazin ImFokus Nr. 21 / 18. Dezember 2009 - Leistungen für Familien 2010](#)****[Serviceportal Familien-Wegweiser](#)****[Kontakt | Impressum nach oben](#)**



Themen: Soziale Sicherung | Arbeitsmarkt | Arbeitsrecht
Typ: Pressemitteilungen
Datum: 20.10.2009

Kinderregelleistungen in der Grundsicherung sind plausibel und sachgerecht



© colourbox.com

Zur am heutigen Dienstag in Karlsruhe stattfindenden mündlichen Verhandlung im Rahmen der verfassungsrechtlichen Prüfung der Kinderregelsätze in der Grundsicherung für Arbeitsuchende erklärt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf Basis des Vortrags von Detlef Scheele, Staatssekretär im BMAS:

Bei der verfassungsrechtlichen Überprüfung der Regelleistung geht es aus Sicht der Bundesregierung auch um die gesellschaftspolitische und kontrovers diskutierte Frage, in welchem Umfang denjenigen Unterstützung zukommt, die zu wenig Einkommen haben, um ihren Lebensunterhalt selbst vollständig decken zu können. Die Bundesregierung ist sich dieser Tatsache und der daraus resultierenden Verantwortung bewusst. Deshalb hat sie bereits und wird sie auch in Zukunft den Umfang der Fürsorgeleistungen überprüfen und fortentwickeln. Damit reagiert sie auf geänderte gesellschaftliche Wertvorstellungen und Verhaltensweisen und greift neue wissenschaftliche Methoden zur Bedarfsermittlung auf.

Die Bundesregierung erachtet die Regelleistungen für Erwachsene und Kinder als ausreichend. Maßgeblich dafür sind im Kern vier Gründe:

Erstens:

Bedarfe lassen sich nicht ausschließlich mathematisch berechnen - sie bedürfen immer auch Wertentscheidungen. Das gilt insbesondere für Kindesbedarfe. Deutlich wird das wertende Element am Beispiel des Rauchens: Unter Berücksichtigung der Risiken des Rauchens wäre es sicherlich vertretbar gewesen, wenn der Gesetzgeber die Konsumausgaben für das Rauchen als nicht bedarfsrelevant angesehen hätte. Gleichwohl hat er es als Bestandteil des gesellschaftlich üblichen Verhaltens in die Bedarfsermittlung mit der Hälfte der Ausgaben für Tabakkonsum als regelsatzrelevant einbezogen. Strikte Gegner des Rauchens würden Ausgaben für Tabak wahrscheinlich gar nicht berücksichtigen, Raucher dagegen zu 100%. Jede dieser Bewertungen des Tabakkonsums ist nachvollziehbar. Und jede dieser Entscheidungen würde im Rahmen des Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers liegen.

Diese und zahlreiche weitere Wertentscheidungen sind in die Festsetzung der heutigen Bedarfe eingeflossen. Zu diesen Wertentscheidungen gehört auch die Frage, welches von mehreren wissenschaftlich anerkannten Verfahren zur Bedarfsermittlung herangezogen wird. Der Gesetzgeber entschied sich, den Regelbedarf anhand der Verbrauchsausgaben von Einpersonenhaushalten im Niedrigeinkommensbereich zu ermitteln (sog. Statistikmodell). Diese Daten basieren auf der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes.

Zu den Grundentscheidungen des Gesetzgebers gehört auch die Frage, nach welcher Methode der Regelbedarf von Kindern bestimmt wird. Während der Bedarf von alleinlebenden Erwachsenen relativ leicht aus deren Verbrauchsausgaben zu ermitteln ist, stellt sich dies für Kinder deutlich schwieriger dar: Kinder leben nicht alleine, sie leben in Familien. Sie führen kein eigenes Haushaltsbuch. Familienausgaben lassen sich nicht in allen Fällen eindeutig dem Kind zuordnen. Familienausgaben lassen sich auch nicht einfach durch die Zahl der Personen teilen: Jeder weiß, dass z.B. kleine Kinder weniger Nahrungsmittel zu sich nehmen als Eltern.

Kurzum: Der Bedarf eines Kindes ist - anders als der alleinlebender Erwachsener - über die Verbrauchsausgaben nur zu ermitteln, indem der familiäre Zusammenhang, in dem die Kinder leben, berücksichtigt wird.

Zweitens:

Andere wissenschaftliche Methoden zur Bedarfsermittlung wurden vom Gesetzgeber aufgrund ihrer Schwächen verworfen.

Um einen isolierten Kindesbedarf zu ermitteln, könnten die Haushaltsausgaben von Familien mit und ohne Kindern miteinander verglichen werden. Die Differenz in den Haushaltsausgaben beider Familientypen müsste der Kindesbedarf sein. Diese

verglichen werden. Die Differenz in den Haushaltsausgaben beider Familientypen müsste der Kindesbedarf sein. Diese Differenzmethode hat jedoch einen entscheidenden Nachteil: Es ist bekannt, dass Eltern mit geringen Einkommen ihren eigenen Verbrauch zu Gunsten ihrer Kinder einschränken. Dieser Verzicht zeigt sich nicht bei den Gesamthaushaltsausgaben der Familie mit Kind. Folge wäre, dass aus der Differenz zwischen den Gesamtausgaben eines Paares mit und ohne Kind ein zu geringer Kindesbedarf ermittelt würde.

Aus diesem Grund hält die Bundesregierung die Differenzmethode für ungeeignet, um den Kindesbedarf zu ermitteln.

Zur Berücksichtigung des familiären Zusammenhangs, in dem Kinder leben, gehört auch die Erkenntnis, dass die Verbrauchsausgaben pro Kind von der Größe der Familie und der Zahl der Kinder abhängt: Jeder, der Kinder hat, weiß, dass nicht nur in Familien mit geringem Einkommen bestimmte Gegenstände an das zweit- und drittgeborene Kind weitergegeben werden. Bei Nahrungsmitteln sind Familienpackungen günstiger als Singleportionen.

Der Gesetzgeber, der die Bedarfe aus den Verbrauchsausgaben ableitet, hätte daher den Bedarf eines zweit- oder drittgeborenen Kindes geringer festsetzen können, als den Bedarf des erstgeborenen Kindes. Anknüpfend an die Tradition der früheren Sozialhilfe und in Kenntnis der Tatsache, dass damit für zweit- und drittgeborene Kinder eine - bezüglich des zusätzlichen Bedarfs - im Vergleich zum ersten Kind relativ höhere Leistung gezahlt wird, entschied er sich jedoch gleichwohl dafür, bei Kindern lediglich nach Altersgruppen zu unterscheiden.

Dass ein solches Vorgehen nicht selbstverständlich ist, verdeutlicht ein Blick ins europäische Ausland. Ein Vergleich der europäischen Fürsorgesysteme ist wegen der gegebenenfalls gewährten weiteren staatlichen Leistungen immer nur bedingt aussagekräftig. Er zeigt aber: In vielen europäischen Ländern wird der Einspareffekt pro zusätzlichem Kind in der Familie berücksichtigt.

Die Länder, die den Kindesbedarf altersabhängig ausgestalten, haben unterschiedliche und unterschiedlich viele Altersstufen. Während in Schweden sieben Altersstufen bestehen, gibt es in Norwegen - ebenso wie inzwischen in Deutschland - drei Altersstufen. Die OECD-Skala geht dagegen von nur zwei Altersstufen aus.

Betrachtet man ein drittes haushaltsangehöriges Kind im Alter von 13 Jahren, so liegt der Kindesbedarf gemessen am Regelbedarf eines Alleinstehenden in den untersuchten europäischen Ländern zwischen 20% und 86%.

Drittens:

Das Fürsorgesystem muss zukunftsorientiert ausgestaltet sein. Zur Vielzahl normativ wertender Prozesse bei der Festlegung von Bedarfen gehört auch die Grundentscheidung, wie stark geänderte Wertvorstellungen in der Gesellschaft bei der Bedarfsbemessung berücksichtigt werden sollen.

Noch vor wenigen Jahren war in der Sozialhilfe streitig, ob zu den angemessenen Lebensverhältnissen eines Hilfebedürftigen ein Schwarz-Weiß- oder Farbfernsehgerät gehört. Heute mag sich die Frage bei Mobiltelefonen, morgen bei energieeffizienten Kühlschränken stellen.

Wenn die Gesellschaft diejenigen, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, an veränderten Lebensgewohnheiten der Mehrheit der Bevölkerung teilhaben lassen möchte, muss sie bereit sein, die einmal getroffenen Wertentscheidungen regelmäßig zu überprüfen.

Das bis 1989 geltende Warenkorbssystem führte immer wieder zu Diskussionen, welche Gegenstände in welchem Umfang existenzsichernd zu berücksichtigen sind. Demgegenüber hat das Statistikmodell den Vorteil, dass es sich an den Verbrauchsgewohnheiten und am Verbrauchsniveau einer vergleichbaren Bevölkerungsgruppe orientiert, nämlich an den Beziehern von geringen Einkommen, die nicht hilfebedürftig sind. In diesen Verbrauchsausgaben finden geänderte Lebensgewohnheiten und Wohlstandsveränderungen unmittelbar ihren Niederschlag.

Der Gesetzgeber und die Bundesregierung haben so unmittelbar die Möglichkeit, geänderte Lebensgewohnheiten bei einer Bedarfsfestsetzung zu berücksichtigen.

Viertens:

Das Existenzminimum zu gewährleisten ist Aufgabe des Bundes, aber auch der Länder und der Kommunen. Das Grundgesetz verpflichtet alle Staatsgewalt, die Grundrechte zu achten. Der Verfassungsauftrag, allen Bürgerinnen und Bürgern ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, richtet sich damit gleichermaßen an den Bund, wie auch an die Länder und Kommunen.

Das Leistungsrecht der Grundsicherung für Arbeitsuchende hat zwar die Funktion, allen Bürgerinnen und Bürgern ein angemessenes Lebensniveau zu gewährleisten und Teilhabechancen zu eröffnen; allerdings baut es auf diejenigen Leistungen auf, die bereits in anderen Systemen der sozialen Sicherung geregelt sind oder dort geregelt werden müssten.

Kommunen erbringen zum Beispiel Leistungen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe, an der sich auch die Länder beteiligen. Die Länder haben zudem die Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Bildung, die eine angemessene Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erst ermöglicht. Der Bund trägt die Verantwortung dafür, dass durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung die entsprechenden Risiken weitgehend abgedeckt werden.

Die Aufzählung zeigt, dass die existenzsichernde Funktion der Grundsicherung für Arbeitsuchende nicht isoliert vom Umfang und der Existenz anderer Leistungen beurteilt werden kann. Sie ist nicht und kann nicht das Auffangsystem für diejenigen sozialen Sicherungssysteme sein, die nicht hinreichend ausgestaltet sind: Der Jugendhilfeträger hat - genauso wie der Grundsicherungsträger - seine Hausaufgaben zu erledigen und den existenzsichernden Bedarf in seinem Bereich zu sichern. Der Landesgesetzgeber hat sicherzustellen, dass der Schulbesuch nicht daran scheitert, dass sich die Eltern die Fahrtkosten zur Schule nicht leisten können.

Gerade der Bedarf von schulpflichtigen Kindern ist ein gutes Beispiel dafür, dass die Bundesregierung und der Gesetzgeber ernsthaft darum bemüht sind, die Methodik der Kindesbedarfsermittlung fortzuentwickeln.

Eine Sonderauswertung der EVS 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durch das Statistische Bundesamt im Jahr 2008 hat vom Grundsatz her die Bemessung der Höhe der abgeleiteten Regelsätze für Kinder nach der geltenden Regelsatzverordnung bestätigt. Dazu wurde die ausdifferenzierte Studie "Kosten eines Kindes" herangezogen, um mit Hilfe der Verteilungsschlüssel für die kinderspezifischen Ausgaben von Familien Kinderregelsätze zu ermitteln.

Verteilungsschlüssel für die kinderspezifischen Ausgaben von Familien Kinderregelsätze zu ermitteln.

Es zeigte sich aber, dass bei einer stärkeren Altersdifferenzierung - drei statt zwei Altersstufen bei Kindern - der Bedarf eines Kindes in der Altersgruppe von 0 bis 5 Jahren erheblich von der Altersgruppe der 6- bis 13-Jährigen unterscheidet. Für Kinder zwischen 6 und 13 Jahren lag der regelsatzrelevante Verbrauch um 33 Euro höher als der damalige Regelsatz. Für Kinder von 0 bis 5 Jahren dagegen um etwa 16 Euro und Kinder ab 14 Jahren um etwa 18 Euro niedriger als bei den damals jeweils geltenden Regelsätzen.

Der Gesetzgeber entschied sich daher zum 1. Juli 2009, die dritte Altersstufe für Kinder einzuführen und den Status quo für Kinder 0 bis zu 5 Jahren und ab 14 Jahren entgegen der Ergebnisse der Sonderauswertung zu beizubehalten. Damit stellt sich der Kinderregelbedarf zwar derzeit weiterhin als prozentual abgeleiteter Bedarf dar; in Wirklichkeit handelt es aber um die Ermittlung eines kinderspezifischen Regelbedarfs.

Bei der Diskussion über die Höhe der Regelleistung wird zudem häufig ein wichtiger Punkt vergessen. Der Dritte Armuts- und Reichtumsbericht zeigt: Die Chance, ein existenzsicherndes Einkommen aus eigener Arbeit zu erzielen, ist und bleibt der Königsweg, um Armut zu bekämpfen.

Das belegen Zahlen aus dem Bericht eindrucksvoll: In einem Haushalt, in dem kein Elternteil erwerbstätig ist, beträgt die Armutsrisikoquote der Kinder 48 Prozent. Ist nur ein Elternteil in Vollzeit erwerbstätig, verringert sich die Armutsgefährdung der Kinder auf 8 Prozent. Arbeiten alle im Haushalt lebenden erwachsenen Personen in Vollzeit, so beträgt das Risiko der Kinder, arm zu sein, nur noch 4 Prozent.

Von 48 Prozent auf 4 Prozent Armutsgefährdung allein dadurch, dass die Eltern in Vollzeit arbeiten. Daraus leitet sich der zweite Auftrag der Grundsicherung für Arbeitsuchende ab, der gleichrangig neben der Existenzsicherung steht: Wir müssen Menschen in Arbeit bringen, damit sie sich anerkannt fühlen und ihren Lebensunterhalt sichern können.

Infos und Materialien zum Thema

- Erläuterungen zur Ermittlung eigenständiger Kinderregelsatz
- Regelsätze Fragen und Antworten
- Regelsätze und Kaufkraftentwicklung
- Öffnungsklausel in der Sozialhilfe
- Historie Regelsätze
- Vortrag Dettlef Scheele

Weitere Themen aus dem BMAS

- Neue Mindestlohnverordnung
- Video - Statement von Dr. Ursula von der Leyen zu den Diskussionen um das ELENA-Verfahren
- Video - Statement von Dr. Ursula von der Leyen zu den Arbeitsmarktzahlen Dezember 2009
- Von der Leyen: "Betriebe agieren mit hoher Flexibilität"
- "Elena entlastet Arbeitnehmer"

Empfehlungen

Diese Inhalte könnten Sie auch interessieren:

Grundsicherung für Arbeitsuchende



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Material

zur Information

Erläuterungen zur Ermittlung des eigenständigen Kinderregelsatzes

Berlin, 20. Oktober 2009

Vorbemerkung

Im Zusammenhang mit der gesellschaftspolitischen Debatte zum Stichwort „Kinderarmut“ wird immer wieder die Forderung nach einem eigenständigen Regelsatz für Kinder erhoben (u.a mit einstimmigem Beschluss der ASMK und BR-Beschluss vom 23. Mai 2008). Diese Forderung wird auch von den Wohlfahrtsverbänden geteilt und u.a. damit begründet, dass die für Kinder geltenden Regelsätze vom Eckregelsatz abgeleitet werden, der den spezifischen Bedarf von Kindern nicht repräsentativ abbilde. Implizit wird dabei unterstellt, dass ein speziell ermittelter „Kinderregelsatz“ höher läge als die bisherigen vom Eckregelsatz abgeleiteten Regelsätze.

Nach der Vorlage der Gutachten des Paritätischen Wohlfahrtsverbands am 24. September 2008 und der Caritas am 7. Oktober 2008, in denen Kinderregelsätze „berechnet“ wurden, hat die 85. ASMK auf ihrem Treffen am 13./14. November 2008 die Forderungen der Länder nach Überprüfung der Kinderregelsätze erneut bekräftigt und eine entsprechende Regelung bis Ende 2008 sowie kurzfristige Leistungserhöhungen gefordert (u.a. – was inzwischen rechtswirksam ist - das Schulbedarfspaket solle über das 10. Schuljahr hinaus gewährt werden).

1. Verfahren des Statistischen Bundesamtes (StaBA) zur Berechnung der Kinderregelsätze

Nach geltendem Recht wird der Eckregelsatz, also der Regelsatz für den Haushaltsvorstand, auf Basis der Verbrauchsausgaben der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) von Ein-Personenhaushalten im Niedrigeinkommensbereich ermittelt. Davon abgeleitet erhielten Kinder zunächst bis zum Alter von 13 Jahren einen Betrag in Höhe von 60 % und im Alter von 14 bis 17 Jahren in Höhe von 80 % des Eckregelsatzes.

Das BMAS hat das Statistische Bundesamt (StaBA) beauftragt, auf der Grundlage der BMFSFJ-Studie „Kosten eines Kindes“ zu prüfen, ob auf Basis der EVS 2003 spezielle „Kinderregelsätze“ ermittelt werden können. Das BMFSFJ hatte durch das StaBA modellhaft für **alle Haushalte mit Kindern** auf Basis der EVS 1998 und 2003 die gesamten "Kinderausgaben" ermittelt lassen.¹ Dies ist nur über den Konsum von „Familien mit Kindern“ möglich, da die Verbrauchsausgaben der EVS immer nur im Haushaltszusammenhang erfasst werden. Diese „Berechnungen“ zeigen, dass sich nicht sämtliche Verbrauchsausgaben exakt auf Erwachsene

¹ Margot Münnich, Thomas Krebs: „Ausgaben für Kinder in Deutschland – Berechnungen auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998“, in Wirtschaft und Statistik, hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Heft 12/2002;
Margot Münnich: „Einkommensverhältnisse von Familienhaushalten und ihre Ausgaben für Kinder – Berechnungen auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003“, in Wirtschaft und Statistik, hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Heft 6/2006

und Kinder verteilen lassen. Bei dem überwiegenden Teil der Verbrauchsausgaben ist eine Verteilung auf Erwachsene und Kinder nur durch normative Festlegungen möglich. Für diese Aufteilung waren umfangreiche Berechnungen erforderlich, denen methodisch anspruchsvolle Modelle für die Ausgabenbereiche Ernährung, Verkehr und Wohnen und weitere, etwas einfachere Annahmen für alle anderen Ausgabenbereiche zugrunde lagen. Diese Festlegungen wurden in einer hierzu vom BMFSFJ eingerichteten Arbeitsgruppe unter Einbeziehung von Wissenschaftlern getroffen.

Die Aufteilung der regelsatzrelevanten Verbrauchsausgaben auf Erwachsene und Kinder erfolgte daher auch bei dieser Sonderauswertung entsprechend der damals getroffenen normativen Festlegungen.

Um die regelsatzrelevanten Verbrauchsausgaben für **ein Kind** zu ermitteln, erfolgt die nach dem Alter des Kindes differenzierte Sonderauswertung für Paare mit einem Kind. Für **Alleinerziehende** ist eine Differenzierung nach Alter des Kindes aufgrund unzureichender Fallzahlen nicht valide durchführbar. Daher wurden zusätzlich Berechnungen des regelsatzrelevanten Verbrauchs für **Familien mit einem Kind** (Paare mit einem Kind und Alleinerziehende mit einem Kind zusammen genommen) durchgeführt. Außerdem wurde - neben der Berechnung der bisherigen Altersstufen - eine Berechnung nach verschiedenen Altersstufen der Kinder vorgenommen.

Die Ergebnisse bestätigen vom Grundsatz her die Bemessung der Höhe der abgeleiteten Regelsätze für Kinder nach der bis zum 30.06.2009 geltenden RSV. Sie liegen auch nicht im Widerspruch zu den deutlich höheren Regelsätzen für Kinder, wie sie in jüngeren Veröffentlichungen vom Paritätischen und Caritas berechnet wurden.

Es zeigt sich aber auch, dass diese Berechnungen für **Familien** - bei Betrachtung von drei Altersstufen - dazu führen, dass der regelsatzrelevante Verbrauch jüngerer schulpflichtiger Kinder im Alter zwischen 6 und 13 Jahren gegenüber der Auswertung für Paare mit einem Kind in der gleichen Altersstufe deutlich niedriger ist. Hier wirken sich vermutlich die bei Alleinerziehenden gegenüber Paaren mit einem Kind deutlich schlechteren Möglichkeiten der Einkommenserzielung aus. Um den Vorwurf zu vermeiden, die Konsumausgaben von Kindern würden durch die vergleichsweise schlechte finanzielle Situation von Alleinerziehenden wesentlich unterschätzt, wurden im Folgenden für die Berechnungen bei drei Altersstufen bei Kindern nur die Ausgaben von Kindern in Haushalten mit **Paaren** berücksichtigt.

Im Übrigen folgt die Auswertung der Regelsatzverordnung und umfasst die dort festgelegten Abteilungen, aber ohne die Ausgaben für Alkohol und Tabakwaren für unter 14-Jährige.

2. Ergebnis der bisherigen zwei Altersstufen: Grundsätzliche Bestätigung der derzeitigen Regelsätze

Die Ergebnisse dieser Sonderauswertung zeigen, dass die Höhe der abgeleiteten Regelsätze für Kinder für den Haushaltstyp Paare mit einem Kind (0 bis 13 und 14 bis 17 Jahre) nach der bis zum 30.06.2009 geltender RSV in den zwei Altersstufen bestätigt werden.

Regelsatzrelevanter Verbrauch von Kindern bei Paaren mit einem Kind auf Basis der EVS 2003 in € pro Monat

Haus- haltstyp	Alter des Kindes von...bis...Jahre	Regelsatzrele- vanter Verbrauch entsprechend RSV ¹⁾	RSV ²⁾ geltendes Recht im Jahr 2003
Paar mit 1 Kind			
	0 bis 13	206,40 €	207 €
	14 bis 17	257,66 €	276 €

1) Ergebnis der Sonderauswertung

2) RSV = Regelsatzverordnung

Bei den Kindern zwischen 14 und 17 Jahren liegt der Wert sogar 18 € niedriger als beim derzeit für diese Altersklasse geltenden Regelsatz auf Basis EVS 2003.

3. Ergebnis bei drei Altersstufen: Höherer Bedarf für Schulkinder

Wird diese Sonderauswertung statt für die bisherigen zwei für drei Altersstufen bei Kindern durchgeführt, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die regelsatzrelevanten Verbrauchsausgaben für Kinder ab dem schulpflichtigen Alter höher sind. Für Kinder zwischen 6 und 13 Jahren liegt der vom StaBA ermittelte regelsatzrelevante Verbrauch um 33 € höher, für Kinder bis zu 5 Jahren dagegen um etwa 16 € und bei Kindern zwischen 14 und 17 Jahren um rd. 18 € niedriger als bei den derzeit jeweils geltenden Regelsätzen.

Regelsatzrelevanter Verbrauch von Kindern bei Paaren mit einem Kind auf Basis der EVS 2003 in € pro Monat

Haus- haltstyp	Alter des Kindes von...bis...Jahre	Regelsatzrele- vanter Verbrauch entsprechend RSV ¹⁾	RSV ¹⁾ geltendes Recht im Jahr 2003
Paar mit 1 Kind			
	0 bis 5	191,23 €	207 €
	6 bis 13	240,00 €	207 €
	14 bis 17	257,66 €	276 €

1) Ergebnis der Sonderauswertung

2) RSV = Regelsatzverordnung

4. Bewertung der Ergebnisse

Die jetzt vorliegenden Ergebnisse der Sonderauswertung erlauben folgende Aussagen:

- In bis zum 30.06.2009 bestehenden System mit zwei Altersstufen und der bestehenden Regelsatzsystematik liegen die beiden abgeleiteten Regelsätze für Kinder (60 % / 80 %) immer über dem jetzt statistisch ermittelten regelsatzrelevanten Konsum von Kindern. Die Ergebnisse bestätigen vom Grundsatz her die Bemessung der Höhe der abgeleiteten Regelsätze für Kinder nach der geltenden RSV und stehen nicht im Widerspruch zu den deutlich höheren Regelsätzen für Kinder, wie sie in jüngeren Veröffentlichungen vom Paritätischen und Caritas berechnet wurden. Denn beiden Veröffentlichungen gelingt es nur durch eigene Wertungen und vom bestehenden Bemessungssystem abweichende Modellannahmen, wie z. B. den Ausschluss eines Teils der Haushalte aus der Referenzgruppe, die Einbeziehung von zusätzlichen nicht regelsatzrelevanten Positionen und die Verwendung eines anderen Anpassungsmechanismus (Inflationsausgleich), deutlich höhere Kinderregelsätze zu berechnen.
- Beim Übergang zu einem System mit drei Altersstufen ergeben sich gegenüber den jetzigen Regelsätzen für die mittlere Altersgruppe (6 bis 13 Jahre) höhere Bedarfe in Höhe von 33 €; bei den beiden anderen Altersgruppen dagegen niedrigere Bedarfe.

5. Übergangsregelung durch Einfügung einer mittleren Altersgruppe mit höherem Betrag

Um die Abgrenzung dieser Altersgruppe oberhalb von Kleinkindern und unterhalb der mindestens 14 Jahre alten Kindern, die bereits jetzt 80% des Eckregelsatzes erhalten, begründet festlegen zu können, wurde der regelsatzrelevante Verbrauch abgegrenzt nach verschiedenen Altersintervallen bestimmt.

Die Ergebnisse können der folgenden Tabelle entnommen werden. Dabei werden die in der Sonderauswertung ermittelten Werte für den regelsatzrelevanten Verbrauch (Spalte 2) rechnerisch ins Verhältnis zum auf Basis EVS 2003 ermittelten Eckregelsatz von 345 € gesetzt, um die Relationen zwischen den einzelnen möglichen Kinderregelsätzen zu verdeutlichen (Spalte 3).

**Regelsatzrelevanter Verbrauch von Kindern
bei Paaren mit einem Kind,
errechnet auf Basis EVS 2003 in € pro Monat**

Alter des Kindes	regelsatzrelevanter Verbrauch	rechnerische relative Höhe in % des Eckregelsatzes im Jahr 2003 (345 €)
6 bis 12	239,69 €	69,48
6 bis 13	240,00 €	69,57
7 bis 12	234,74 €	68,04
7 bis 13	236,78 €	68,63

Quelle: Sonderauswertung des StaBA für das BMAS

Aus den oben angeführten Ergebnissen kristallisierte sich die Altersabgrenzung 6-13 Jahre und als pragmatische Umsetzung eine Relation von 70% heraus.

Diese dritte Altersstufe für Kinder, die Leistungen nach dem Zweiten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten, wurde durch das Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (Konjunkturpaket II) zum 1. Juli 2009 eingeführt. Diese Leistungsverbesserung ergänzt das bereits beschlossene Schulbedarfspaket in Höhe von 100 Euro ab dem Schuljahr 2009/2010 und die zum 1. Juli 2009 turnusmäßige Anpassung der Regelsätze bzw. Regelleistungen an die Rentenentwicklung, die in diesem Jahr mit einer Steigerung des Eckregelsatzes von 351 auf 359 € stärker ausfällt als in den vergangenen Jahren. Hinzu kommt noch in diesem Jahr der einmalige Kinderbonus in Höhe von 100 Euro, der bei der Einkommensanrechnung nicht berücksichtigt wird. Von diesem einmaligen Kinderbonus, dem Schulbedarfspaket und der turnusmäßigen Regelsatzanpassung profitieren auch die übrigen hilfebedürftigen Kinder.

Regelsätze 2009 in € pro Monat

Geltungsdauer	Eckregelsatz	Kinder unter 14	Kinder ab 14 Jahren
bis 30. Juni	351 €	211 €	281 €

Geltungsdauer	Eckregelsatz	Kinder unter 6	Kinder 6 bis 13 Jahre	Kinder ab 14 Jahren
ab 1. Juli	359 €	215 €	251 €	287 €

Die zusätzliche Altersstufe ist bis zum 31. Dezember 2011 befristet, weil in die bis dahin anstehende turnusgemäße Überprüfung des Bedarfsbemessungssystems anhand der Ergebnisse der EVS 2008 auch die Kinderregelsätze einbezogen sind.

Pressemitteilungen

Copyright © 2010 BVerfG

Bundesverfassungsgericht - Pressestelle -**Pressemitteilung Nr. 5/2010 vom 9. Februar 2010**Urteil vom 9. Februar 2010 - [1 BvL 1/09](#), [1 BvL 3/09](#), [1 BvL 4/09](#) -

Regelleistungen nach SGB II ("Hartz IV- Gesetz") nicht verfassungsgemäß

I. Sachverhalt

1. Das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 (sog. „Hartz IV-Gesetz“) führte mit Wirkung vom 1. Januar 2005 die bisherige Arbeitslosenhilfe und die bisherige Sozialhilfe im neu geschaffenen Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) in Form einer einheitlichen, bedürftigkeitsabhängigen Grundsicherung für Erwerbsfähige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen zusammen. Danach erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige Arbeitslosengeld II und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden, nicht erwerbsfähigen Angehörigen, insbesondere Kinder vor Vollendung des 15. Lebensjahres, Sozialgeld. Diese Leistungen setzen sich im Wesentlichen aus der in den §§ 20 und 28 SGB II bestimmten Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts und Leistungen für Unterkunft und Heizung zusammen. Sie werden nur gewährt, wenn ausreichende eigene Mittel, insbesondere Einkommen oder Vermögen, nicht vorhanden sind. Die Regelleistung für Alleinstehende legte das SGB II zum Zeitpunkt seines Inkrafttretens für die alten Länder einschließlich Berlin (Ost) auf 345 Euro fest. Die Regelleistung für die übrigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bestimmt es als prozentuale Anteile davon. Danach ergaben sich zum 1. Januar 2005 für Ehegatten, Lebenspartner und Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft ein Betrag von gerundet 311 Euro (90%), für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ein Betrag von 207 Euro (60%) und für Kinder ab Beginn des 15. Lebensjahres ein Betrag von 276 Euro (80%).

Im Vergleich zu den Regelungen nach dem früheren Bundessozialhilfegesetz (BSHG) wird die Regelleistung nach dem SGB II weitgehend pauschaliert; eine Erhöhung für den Alltagsbedarf ist ausgeschlossen. Einmalige Beihilfen werden nur noch in Ausnahmefällen für einen besonderen Bedarf gewährt. Zur Deckung unregelmäßig wiederkehrenden Bedarfs ist die Regelleistung erhöht worden, damit Leistungsempfänger entsprechende Mittel ansparen können.

2. a) Bei der Festsetzung der Regelleistung hat sich der Gesetzgeber an das Sozialhilferecht, das seit dem 1. Januar 2005 im Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) geregelt wird, angelehnt. Nach dem SGB XII und der vom zuständigen Bundesministerium erlassenen Regelsatzverordnung erfolgt die Bemessung der sozialhilferechtlichen Regelsätze nach einem Statistikmodell, das bereits in ähnlicher Form unter der Geltung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) entwickelt worden war. Grundlage für die Bemessung der Regelsätze ist eine Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, die vom Statistischen Bundesamt alle fünf Jahre erhoben wird. Für die Bestimmung des Eckregelsatzes, der auch für Alleinstehende gilt, sind die in den einzelnen Abteilungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe erfassten Ausgaben der untersten 20% der nach ihrem Nettoeinkommen geschichteten Einpersonenhaushalte (unterstes Quintil) nach Herausnahme der Empfänger von Sozialhilfe maßgeblich. Diese Ausgaben gehen allerdings nicht vollständig, sondern als regelsatzrelevanter Verbrauch nur zu bestimmten Prozentanteilen in die Bemessung des Eckregelsatzes ein.

Die seit dem 1. Januar 2005 geltende Regelsatzverordnung fußt auf der

Die seit dem 1. Januar 2005 geltende Regelsatzverordnung fußt auf der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahre 1998. Bei der Bestimmung des regelsatzrelevanten Verbrauchs in § 2 Abs. 2 Regelsatzverordnung wurde die Abteilung 10 der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (Bildungswesen) nicht berücksichtigt. Weiterhin erfolgten Abschläge unter anderem in der Abteilung 03 (Bekleidung und Schuhe) zum Beispiel für Pelze und Maßkleidung, in der Abteilung 04 (Wohnung etc.) bei der Ausgabenposition „Strom“, in der Abteilung 07 (Verkehr) wegen der Kosten für Kraftfahrzeuge und in der Abteilung 09 (Freizeit, Unterhaltung und Kultur) zum Beispiel für Segelflugzeuge. Der für das Jahr 1998 errechnete Betrag wurde nach den Regelungen, die für die jährliche Anpassung der Regelleistung nach dem SGB II und der Regelsätze nach dem SGB XII gelten, entsprechend der Entwicklung des aktuellen Rentenwertes in der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. § 68 SGB VI) auf den 1. Januar 2005 hochgerechnet.

b) Bei der Festsetzung der Regelleistung für Kinder wich der Gesetzgeber von den Prozentsätzen, die unter dem BSHG galten, ab und bildete nunmehr nur noch zwei Altersgruppen (0 bis 14 Jahre und 14 bis 18 Jahre). Eine Untersuchung des Ausgabeverhaltens von Ehepaaren mit einem Kind, wie sie unter dem BSHG erfolgt war, unterblieb zunächst.

3. Die Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahre 2003 führte zwar zum 1. Januar 2007 zu Änderungen beim regelsatzrelevanten Verbrauch gemäß § 2 Abs. 2 Regelsatzverordnung, jedoch nicht zu einer Erhöhung des Eckregelsatzes und der Regelleistung für Alleinstehende. Eine erneute Sonderauswertung bezogen auf das Ausgabeverhalten von Ehepaaren mit einem Kind veranlasste den Gesetzgeber zur Einführung einer dritten Alterstufe von haushaltsangehörigen Kindern im Alter von 6 Jahren bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. Diese erhalten ab dem 1. Juli 2009 nach § 74 SGB II 70% der Regelleistung eines Alleinstehenden. Seit dem 1. August 2009 erhalten schulpflichtige Kinder nach Maßgabe von § 24a SGB II zudem zusätzliche Leistungen für die Schule in Höhe von 100 Euro pro Schuljahr.

4. Über eine Vorlage des Hessischen Landessozialgerichts (1 BvL 1/09) und über zwei Vorlagen des Bundessozialgerichts (1 BvL 3/09 und 1 BvL 4/09) zu der Frage, ob die Höhe der Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts für Erwachsene und Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres im Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zum 30. Juni 2005 nach § 20 Abs. 1 bis 3 und nach § 28 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 Alt. 1 SGB II mit dem Grundgesetz vereinbar ist, hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts am 20. Oktober 2009 verhandelt. Die diesen Vorlagen zugrundeliegenden Ausgangsverfahren sind in der Pressemitteilung zur mündlichen Verhandlung (Nr. 96/2009 vom 19. August 2009) im Einzelnen dargestellt.

II. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts hat entschieden, dass die Vorschriften des SGB II, die die Regelleistung für Erwachsene und Kinder betreffen, nicht den verfassungsrechtlichen Anspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG erfüllen. Die Vorschriften bleiben bis zur Neuregelung, die der Gesetzgeber bis zum 31. Dezember 2010 zu treffen hat, weiter anwendbar. Der Gesetzgeber hat bei der Neuregelung auch einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherstellung eines unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfs für die nach § 7 SGB II Leistungsberechtigten vorzusehen, der bisher nicht von den Leistungen nach §§ 20 ff. SGB II erfasst wird, zur Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums jedoch zwingend zu decken ist. Bis zur Neuregelung durch den Gesetzgeber wird angeordnet, dass dieser Anspruch nach Maßgabe der Urteilsgründe unmittelbar aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG zu Lasten des Bundes geltend gemacht werden kann.

Der Entscheidung liegen im Wesentlichen folgende Erwägungen zu Grunde:

1. a) Das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG sichert jedem Hilfebedürftigen diejenigen materiellen Voraussetzungen zu, die für seine physische

Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind. Dieses Grundrecht aus Art. 1 Abs. 1 GG hat als Gewährleistungsrecht in seiner Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG neben dem absolut wirkenden Anspruch aus Art. 1 Abs. 1 GG auf Achtung der Würde jedes Einzelnen eigenständige Bedeutung. Es ist dem Grunde nach unverfügbar und muss eingelöst werden, bedarf aber der Konkretisierung und stetigen Aktualisierung durch den Gesetzgeber, der die zu erbringenden Leistungen an dem jeweiligen Entwicklungsstand des Gemeinwesens und den bestehenden Lebensbedingungen auszurichten hat. Der Umfang des verfassungsrechtlichen Leistungsanspruchs kann im Hinblick auf die Arten des Bedarfs und die dafür erforderlichen Mittel nicht unmittelbar aus der Verfassung abgeleitet werden. Die Konkretisierung obliegt dem Gesetzgeber, dem hierbei ein Gestaltungsspielraum zukommt.

Zur Konkretisierung des Anspruchs hat der Gesetzgeber alle existenznotwendigen Aufwendungen folgerichtig in einem transparenten und sachgerechten Verfahren nach dem tatsächlichen Bedarf, also realitätsgerecht, zu bemessen.

b) Dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Bemessung des Existenzminimums entspricht eine zurückhaltende Kontrolle der einfachgesetzlichen Regelung durch das Bundesverfassungsgericht. Da das Grundgesetz selbst keine exakte Bezifferung des Anspruchs erlaubt, beschränkt sich bezogen auf das Ergebnis die materielle Kontrolle darauf, ob die Leistungen evident unzureichend sind. Innerhalb der materiellen Bandbreite, welche diese Evidenzkontrolle belässt, kann das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums keine quantifizierbaren Vorgaben liefern. Es erfordert aber eine Kontrolle der Grundlagen und der Methode der Leistungsbemessung daraufhin, ob sie dem Ziel des Grundrechts gerecht werden. Um eine der Bedeutung des Grundrechts angemessene Nachvollziehbarkeit des Umfangs der gesetzlichen Hilfeleistungen sowie deren gerichtliche Kontrolle zu gewährleisten, müssen die Festsetzungen der Leistungen auf der Grundlage verlässlicher Zahlen und schlüssiger Berechnungsverfahren tragfähig zu rechtfertigen sein.

Das Bundesverfassungsgericht prüft deshalb, ob der Gesetzgeber das Ziel, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, in einer Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG gerecht werdenden Weise erfasst und umschrieben hat, ob er im Rahmen seines Gestaltungsspielraums ein zur Bemessung des Existenzminimums im Grundsatz taugliches Berechnungsverfahren gewählt hat, ob er die erforderlichen Tatsachen im Wesentlichen vollständig und zutreffend ermittelt und schließlich, ob er sich in allen Berechnungsschritten mit einem nachvollziehbaren Zahlenwerk innerhalb dieses gewählten Verfahrens und dessen Strukturprinzipien im Rahmen des Vertretbaren bewegt hat. Zur Ermöglichung dieser verfassungsgerichtlichen Kontrolle besteht für den Gesetzgeber die Obliegenheit, die zur Bestimmung des Existenzminimums im Gesetzgebungsverfahren eingesetzten Methoden und Berechnungsschritte nachvollziehbar offen zu legen. Kommt er ihr nicht hinreichend nach, steht die Ermittlung des Existenzminimums bereits wegen dieser Mängel nicht mehr mit Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG in Einklang.

2. Die in den Ausgangsverfahren geltenden Regelleistungen von 345, 311 und 207 Euro können zur Sicherstellung eines menschenwürdigen Existenzminimums nicht als evident unzureichend angesehen werden. Für den Betrag der Regelleistung von 345 Euro kann eine evidente Unterschreitung nicht festgestellt werden, weil sie zur Sicherung der physischen Seite des Existenzminimums zumindest ausreicht und der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der sozialen Seite des Existenzminimums besonders weit ist.

Dies gilt auch für den Betrag von 311 Euro für erwachsene Partner einer Bedarfsgemeinschaft. Der Gesetzgeber durfte davon ausgehen, dass durch das gemeinsame Wirtschaften Aufwendungen gespart werden und deshalb zwei zusammenlebende Partner einen finanziellen Mindestbedarf haben, der geringer als das Doppelte des Bedarfs eines Alleinlebenden ist.

Es kann ebenfalls nicht festgestellt werden, dass der für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres einheitlich geltende Betrag von 207 Euro

zur Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums offensichtlich unzureichend ist. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, dass dieser Betrag nicht ausreicht, um das physische Existenzminimum, insbesondere den Ernährungsbedarf von Kindern im Alter von 7 bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres zu decken.

3. Das Statistikmodell, das für die Bemessung der sozialhilferechtlichen Regelsätze gilt und nach dem Willen des Gesetzgebers auch die Grundlage für die Bestimmung der Regelleistung bildet, ist eine verfassungsrechtlich zulässige, weil vertretbare Methode zur realitätsnahen Bestimmung des Existenzminimums für eine alleinstehende Person. Es stützt sich auch auf geeignete empirische Daten. Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe bildet in statistisch zuverlässiger Weise das Verbrauchsverhalten der Bevölkerung ab. Die Auswahl der untersten 20 % der nach ihrem Nettoeinkommen geschichteten Einpersonenhaushalte nach Herausnahme der Empfänger von Sozialhilfe als Referenzgruppe für die Ermittlung der Regelleistung für einen Alleinstehenden ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Der Gesetzgeber konnte auch vertretbar davon ausgehen, dass die bei der Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 zugrunde gelegte Referenzgruppe statistisch zuverlässig über der Sozialhilfeschwelle lag.

Es ist verfassungsrechtlich ebenfalls nicht zu beanstanden, dass die in den einzelnen Abteilungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe erfassten Ausgaben des untersten Quintils nicht vollständig, sondern als regelleistungsrelevanter Verbrauch nur zu einem bestimmten Prozentsatz in die Bemessung der Regelleistung einfließen. Der Gesetzgeber hat aber die wertende Entscheidung, welche Ausgaben zum Existenzminimum zählen, sachgerecht und vertretbar zu treffen. Kürzungen von Ausgabepositionen in den Abteilungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe bedürfen zu ihrer Rechtfertigung einer empirischen Grundlage. Der Gesetzgeber darf Ausgaben, welche die Referenzgruppe tätigt, nur dann als nicht relevant einstufen, wenn feststeht, dass sie anderweitig gedeckt werden oder zur Sicherung des Existenzminimums nicht notwendig sind. Hinsichtlich der Höhe der Kürzungen ist auch eine Schätzung auf fundierter empirischer Grundlage nicht ausgeschlossen; Schätzungen „ins Blaue hinein“ stellen jedoch keine realitätsgerechte Ermittlung dar.

4. Die Regelleistung von 345 Euro ist nicht in verfassungsgemäßer Weise ermittelt worden, weil von den Strukturprinzipien des Statistikmodells ohne sachliche Rechtfertigung abgewichen worden ist.

a) Der in § 2 Abs. 2 Regelsatzverordnung 2005 festgesetzte regelsatz- und damit zugleich regelleistungsrelevante Verbrauch beruht nicht auf einer tragfähigen Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. Denn bei einzelnen Ausgabepositionen wurden prozentuale Abschläge für nicht regelleistungsrelevante Güter und Dienstleistungen (zum Beispiel Pelze, Maßkleidung und Segelflugzeuge) vorgenommen, ohne dass feststand, ob die Vergleichsgruppe (unterstes Quintil) überhaupt solche Ausgaben getätigt hat. Bei anderen Ausgabepositionen wurden Kürzungen vorgenommen, die dem Grunde nach vertretbar, in der Höhe jedoch empirisch nicht belegt waren (zum Beispiel Kürzung um 15% bei der Position Strom). Andere Ausgabepositionen, zum Beispiel die Abteilung 10 (Bildungswesen), blieben völlig unberücksichtigt, ohne dass dies begründet worden wäre.

b) Zudem stellt die Hochrechnung der für 1998 ermittelten Beträge auf das Jahr 2005 anhand der Entwicklung des aktuellen Rentenwerts einen sachwidrigen Maßstabswechsel dar. Während die statistische Ermittlungsmethode auf Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten abstellt, knüpft die Fortschreibung nach dem aktuellen Rentenwert an die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter, den Beitragssatz zur allgemeinen Rentenversicherung und an einen Nachhaltigkeitsfaktor an. Diese Faktoren weisen aber keinen Bezug zum Existenzminimum auf.

5. Die Ermittlung der Regelleistung in Höhe von 311 Euro für in Bedarfsgemeinschaft zusammenlebende Partner genügt nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen, weil sich die Mängel bei der Ermittlung der Regelleistung für Alleinstehende hier fortsetzen, denn sie wurde auf der Basis jener Regelleistung ermittelt. Allerdings beruht

die Annahme, dass für die Sicherung des Existenzminimums von zwei Partnern ein Betrag in Höhe von 180 % des entsprechenden Bedarfs eines Alleinstehenden ausreicht, auf einer ausreichenden empirischen Grundlage.

6. Das Sozialgeld für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres von 207 Euro genügt nicht den verfassungsrechtlichen Vorgaben, weil es von der bereits beanstandeten Regelleistung in Höhe von 345 Euro abgeleitet ist. Darüber hinaus beruht die Festlegung auf keiner vertretbaren Methode zur Bestimmung des Existenzminimums eines Kindes im Alter bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. Der Gesetzgeber hat jegliche Ermittlungen zum spezifischen Bedarf eines Kindes, der sich im Unterschied zum Bedarf eines Erwachsenen an kindlichen Entwicklungsphasen und einer kindgerechten Persönlichkeitsentfaltung auszurichten hat, unterlassen. Sein vorgenommener Abschlag von 40 % gegenüber der Regelleistung für einen Alleinstehenden beruht auf einer freihändigen Setzung ohne empirische und methodische Fundierung. Insbesondere blieben die notwendigen Aufwendungen für Schulbücher, Schulhefte, Taschenrechner etc. unberücksichtigt, die zum existentiellen Bedarf eines Kindes gehören. Denn ohne Deckung dieser Kosten droht hilfebedürftigen Kindern der Ausschluss von Lebenschancen. Auch fehlt eine differenzierte Untersuchung des Bedarfs von kleineren und größeren Kindern.

7. Diese Verfassungsverstöße sind weder durch die Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 und die Neubestimmung des regelsatzrelevanten Verbrauchs zum 1. Januar 2007 noch durch die Mitte 2009 in Kraft getretenen §§ 74 und 24a SGB II beseitigt worden.

a) Die zum 1. Januar 2007 in Kraft getretene Änderung der Regelsatzverordnung hat wesentliche Mängel, wie zum Beispiel die Nichtberücksichtigung der in der Abteilung 10 (Bildungswesen) der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe erfassten Ausgaben oder die Hochrechnung der für 2003 ermittelten Beträge entsprechend der Entwicklung des aktuellen Rentenwertes, nicht beseitigt.

b) Das durch § 74 SGB II eingeführte Sozialgeld für Kinder ab Beginn des 7. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres in Höhe von 70 % der Regelleistung für einen Alleinstehenden genügt den verfassungsrechtlichen Anforderungen bereits deshalb nicht, weil es sich von dieser fehlerhaft ermittelten Regelleistung ableitet. Zwar dürfte der Gesetzgeber mit der Einführung einer dritten Altersstufe und der § 74 SGB II zugrunde liegenden Bemessungsmethode einer realitätsgerechten Ermittlung der notwendigen Leistungen für Kinder im schulpflichtigen Alter näher gekommen sein. Den Anforderungen an die Ermittlung des kinderspezifischen Bedarfs ist er dennoch nicht gerecht geworden, weil die gesetzliche Regelung weiterhin an den Verbrauch für einen erwachsenen Alleinstehenden anknüpft.

c) Die Regelung des § 24a SGB II, die eine einmalige Zahlung von 100 Euro vorsieht, fügt sich methodisch nicht in das Bedarfssystem des SGB II ein. Zudem hat der Gesetzgeber den notwendigen Schulbedarf eines Kindes bei Erlass des § 24a SGB II nicht empirisch ermittelt. Der Betrag von 100 Euro pro Schuljahr wurde offensichtlich freihändig geschätzt.

8. Es ist mit Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG zudem unvereinbar, dass im SGB II eine Regelung fehlt, die einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherstellung eines zur Deckung des menschenwürdigen Existenzminimums unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarfs vorsieht. Ein solcher ist für denjenigen Bedarf erforderlich, der deswegen nicht schon von den §§ 20 ff. SGB II abgedeckt wird, weil die Einkommens- und Verbrauchsstatistik, auf der die Regelleistung beruht, allein den Durchschnittsbedarf in üblichen Bedarfssituationen widerspiegelt, nicht aber einen darüber hinausgehenden, besonderen Bedarf aufgrund atypischer Bedarfslagen.

Die Gewährung einer Regelleistung als Festbetrag ist grundsätzlich zulässig. Wenn das Statistikmodell entsprechend den verfassungsrechtlichen Vorgaben angewandt und der Pauschalbetrag insbesondere so bestimmt worden ist, dass ein Ausgleich zwischen verschiedenen Bedarfspositionen möglich ist, kann der Hilfebedürftige in der Regel sein individuelles Verbrauchsverhalten so gestalten, dass er

mit dem Festbetrag auskommt; vor allem hat er bei besonderem Bedarf zuerst auf das Ansparpotential zurückzugreifen, das in der Regelleistung enthalten ist.

Da ein pauschaler Regelleistungsbetrag jedoch nach seiner Konzeption nur den durchschnittlichen Bedarf decken kann, wird ein in Sonderfällen auftretender Bedarf von der Statistik nicht aussagekräftig ausgewiesen. Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG gebietet allerdings, auch diesen unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarf zu decken, wenn es im Einzelfall für ein menschenwürdiges Existenzminimum erforderlich ist. Dieser ist im SGB II bisher nicht ausnahmslos erfasst. Der Gesetzgeber hat wegen dieser Lücke in der Deckung des lebensnotwendigen Existenzminimums eine Härtefallregelung in Form eines Anspruchs auf Hilfeleistungen zur Deckung dieses besonderen Bedarfs für die nach § 7 SGB II Leistungsberechtigten vorzugeben. Dieser Anspruch entsteht allerdings erst, wenn der Bedarf so erheblich ist, dass die Gesamtsumme der dem Hilfebedürftigen gewährten Leistungen – einschließlich der Leistungen Dritter und unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten des Hilfebedürftigen – das menschenwürdige Existenzminimum nicht mehr gewährleistet. Er dürfte angesichts seiner engen und strikten Tatbestandsvoraussetzungen nur in seltenen Fällen in Betracht kommen.

9. Die verfassungswidrigen Normen bleiben bis zu einer Neuregelung, die der Gesetzgeber bis zum 31. Dezember 2010 zu treffen hat, weiterhin anwendbar. Wegen des gesetzgeberischen

Gestaltungsspielraums ist das Bundesverfassungsgericht nicht befugt, aufgrund eigener Einschätzungen und Wertungen gestaltend selbst einen bestimmten Leistungsbetrag festzusetzen. Da nicht festgestellt werden kann, dass die gesetzlich festgesetzten Regelleistungsbeträge evident unzureichend sind, ist der Gesetzgeber nicht unmittelbar von Verfassungs wegen verpflichtet, höhere Leistungen festzusetzen. Er muss vielmehr ein Verfahren zur realitäts- und bedarfsgerechten Ermittlung der zur Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums notwendigen Leistungen entsprechend den aufgezeigten verfassungsrechtlichen Vorgaben durchführen und dessen Ergebnis im Gesetz als Leistungsanspruch verankern.

Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG verpflichtet den Gesetzgeber nicht dazu, die Leistungen rückwirkend neu festzusetzen. Sollte der Gesetzgeber allerdings seiner Pflicht zur Neuregelung bis zum 31. Dezember 2010 nicht nachgekommen sein, wäre ein pflichtwidrig später erlassenes Gesetz schon zum 1. Januar 2011 in Geltung zu setzen.

Der Gesetzgeber ist ferner verpflichtet, bis spätestens zum 31. Dezember 2010 eine Regelung im SGB II zu schaffen, die sicherstellt, dass ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf gedeckt wird. Die nach § 7 SGB II Leistungsberechtigten, bei denen ein derartiger Bedarf vorliegt, müssen aber auch vor der Neuregelung die erforderlichen Sach- oder Geldleistungen erhalten. Um die Gefahr einer Verletzung von Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG in der Übergangszeit bis zur Einführung einer entsprechenden Härtefallklausel zu vermeiden, muss die verfassungswidrige Lücke für die Zeit ab der Verkündung des Urteils durch eine entsprechende Anordnung des Bundesverfassungsgerichts geschlossen werden.

Zum [ANFANG](#) des Dokuments

Arbeitspapier des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“ □
Nr. 4 (November 2007) □



Irene Becker

Konsumausgaben von Familien im unteren □
Einkommensbereich □



Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind □
vor dem Hintergrund des gegenwärtigen □
Grundsicherungsniveaus □



J.W. Goethe-Universität Frankfurt a.M. □
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften □
Projekt "Soziale Gerechtigkeit" □
-gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung- □

Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommensbereich

Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Grundsicherungsniveaus

Arbeitspapier Nr. 4 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“,
J. W. Goethe Universität Frankfurt a. M.,
gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung,

von Irene Becker*

November 2007

* Ich danke dem Deutschen Caritasverband für die Unterstützung dieser Arbeit.

1 Aktueller Bezug der Fragestellung

Die Sicherung des soziokulturellen Existenzminimums ist ein wesentliches Ziel sozialer Gerechtigkeit, das im Zusammenhang mit EU-weiten Vereinbarungen zur Bekämpfung sozialer Exklusion relativ – also unter Berücksichtigung eines (nationalen) mittleren Lebensstandards – zu definieren ist.¹ Auch die Förderung von Chancengerechtigkeit und das neuerdings in die Diskussion eingeführte Teilhabeziel implizieren die Gewährleistung minimaler Standards für alle Bevölkerungsgruppen. Dabei wird in aktuellen politischen Diskussionen meist vorrangig auf nicht-monetäre Bereiche, insbesondere auf den Zugang zu Betreuungs- und Bildungseinrichtungen und die Eingliederung in den Arbeitsmarkt, rekurriert; in einer marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft bedarf es aber daneben monetärer Transferzahlungen, um den Zugang zu einer im gesellschaftlichen Kontext als Minimum annehmbaren Lebensweise zu ermöglichen. Die Bemessung des soziokulturellen Existenzminimums ist zwar letztlich normativ und dementsprechend stark umstritten. Die grundsätzliche Ausrichtung an einem relativen Niveau, das neben Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat und Bedarfen des täglichen Lebens auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben in vertretbarem Umfang umfassen soll (§ 20 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II); §§ 27, 28 SGB XII), impliziert aber einen unteren Grenzbereich für politische Ermessensentscheidungen. Um diesen auszuloten, kann das faktische Ausgabeverhalten der Bevölkerung in einem unteren Einkommenssegment informativ sein; dazu liegen bisher allerdings nur wenige Analysen vor.

Kernstück der Mindestsicherung in Deutschland im Rahmen des SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende mit Arbeitslosengeld II und Sozialgeld) und des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) ist der so genannte Eckregelsatz. Seit Einführung des „Statistikmodells“ wird dieser auf der Grundlage der jeweils jüngsten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) bemessen und überprüft, sobald die Ergebnisse einer neuen EVS vorliegen (§ 28 Abs. 3 SGB XII sowie Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung)). Damit scheinen „Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten“ (§ 28 Abs. 3 SGB XII) per Gesetz bzw. auf dem Verordnungswege

¹ Diese Interpretation liegt bereits einem Beschluss des Ministerrates der Europäischen Gemeinschaften vom 19.12.1984 zugrunde. Hiernach sind diejenigen Personen als arm einzustufen, „die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist“; zitiert nach Kommission der Europäischen Gemeinschaften 1991: 4. Konkrete Indikatoren zur Beschreibung sozialer Ausgrenzung in Europa wurden vom Europäischen Rat im Dezember 2001 in Laeken initiiert und sind in Atkinson et al. 2002 entwickelt und dargestellt.

Berücksichtigung zu finden. Bei näherer Betrachtung gilt dies allerdings nur sehr eingeschränkt.²

- Denn zum Einen wird explizit nur die Entwicklung der Verbrauchsausgaben der *Alleinstehenden* (bzw. der unteren 20%, d. h. des untersten Einkommensquintils, der Alleinstehenden ohne Sozialhilfeempfänger) bei der Festsetzung der Regelleistung berücksichtigt. Demgegenüber werden die Regelsatzproportionen für weitere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft (60% für Kinder unter 15 Jahren, 80% für Personen ab 15 Jahren), die eine gesetzliche Äquivalenzskala implizieren, pauschal gesetzt und nicht regelmäßig überprüft. Die Orientierung an den Alleinstehenden ist aber in mehrfacher Hinsicht problematisch.
 - Damit wird keine angemessene und explizite Berücksichtigung kindspezifischer Bedarfe gewährleistet (Spielzeug, Schulbedarf, Nachhilfe, Sonderbedarf an Bekleidung bei schnellem Wachstum, Mobilitätskosten, Geburtstagsfeiern, Schulausflüge etc.).
 - Bei Alleinstehenden handelt es sich um eine Teilgruppe mit hohem Armutsrisiko und – zumindest für die Zeit bis 2003, dem Jahr der letzten EVS – mit einer hohen Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen (Becker/Hauser 2005: 108 (Tabelle 9) und 230 (Tabelle 13)). Somit spiegeln die Ausgaben dieser Gruppe besondere gruppenspezifische finanzielle Restriktionen.
 - Schließlich handelt es sich bei den Alleinstehenden zudem um eine Teilgruppe mit hohem Altenanteil. Daraus resultieren möglicherweise Abweichungen gegenüber Ausgabenstrukturen von Erwerbstätigen bzw. Erwerbsfähigen.
- Zum Anderen ist infolge der *fehlenden Anpassung an die Preisentwicklung* – es erfolgt nur eine Anpassung an den faktisch stagnierenden Rentenwert – und an geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen insbesondere im Gesundheitsbereich (Einführung der Praxisgebühr, Erhöhung von Zuzahlungen) von einer erheblichen Realwertminderung der Regelleistungen während des fünfjährigen Zeitraums zwischen zwei EVS-Erhebungen auszugehen (vgl. auch Martens 2006: 16-20).

Unter diesen Gesichtspunkten werden im Folgenden die Konsumausgaben von Familien im unteren Einkommenssegment auf der Basis der EVS 2003 am Beispiel der Paarhaushalte mit einem Kind – differenziert nach dessen Alter – untersucht. Mit der Beschränkung auf diesen Familientyp soll die Darstellung knapp und übersichtlich gehalten werden; denn im Falle mehrerer Kinder wären zahlreiche Kombinationen von Altersgruppen zu berücksichtigen, die Ausgabenprofile entsprechend vielfältig. Auf eine Analyse des Ausgabenverhaltens von

² Zur Kritik an der derzeit praktizierten Bemessung des gesetzlichen Existenzminimums vgl. Martens 2004, Martens 2006 und Becker 2006a.

Alleinerziehenden wird im Rahmen der skizzierten Fragestellung verzichtet, da es in noch stärkerem Maße als das der Alleinstehenden von gruppenspezifisch besonders häufigen Einkommensengpässen geprägt sein dürfte und als Referenzpunkt für ein soziokulturelles Existenzminimum als wenig geeignet erscheint.

2 Methodische Aspekte

Mit der deskriptiven Darstellung der Konsumausgaben von Paarhaushalten mit einem Kind und einer Gegenüberstellung mit dem gegenwärtigen Grundsicherungsniveau sollen Hinweise darauf gegeben werden, wie viel Teilhabe von Familien das politisch gesetzte Existenzminimum ermöglicht bzw. inwieweit Ausgrenzung entgegengewirkt wird. Kinder vergleichen ihre eigene Situation mit der von Spielkameraden, Freunden und Mitschüler(inne)n, relative Chancen oder Benachteiligungen erwachsen insbesondere aus Unterschieden zu anderen Familien des sozialen Umfeldes. Von daher sind nicht nur die Verbrauchsausgaben von Alleinstehenden, sondern auch die der Familien selbst im Rahmen der Grundsicherungsdiskussion zu berücksichtigen.

Mit diesem Ansatz können allerdings keine allgemeinen Aussagen über die „Kosten eines Kindes“³ oder das Existenzminimum eines Kindes bzw. über die Angemessenheit der Regelsatzproportionen (je nach Alter 60% bzw. 80%) abgeleitet werden. Da die meisten statistisch ermittelbaren Ausgabepositionen „gemischt“ – also für den Konsum sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern bestimmt – sind, ist eine direkte Ermittlung des kindspezifischen Bedarfs in Analogie zur gegenwärtig praktizierten Methode bei Alleinstehenden nicht möglich. Auch mit dem intuitiv zunächst nahe liegenden indirekten Ansatz, aus der Gegenüberstellung der Ausgaben verschiedener Haushaltstypen auf die „Kosten“ zusätzlicher Haushaltsmitglieder zu schließen, lässt sich die Frage nach angemessenen Regelsatzproportionen nicht beantworten. Denn diese Differenzmethode – Interpretation der Differenz z. B. zwischen Ausgaben von Paarhaushalten ohne Kind und Ausgaben von Paarhaushalten mit einem Kind, jeweils des untersten Einkommensquintils, als „Kinderregelsatz“ – ist unter methodischen Gesichtspunkten unzulässig: Die jeweils untersten Einkommensquintile verschiedener Haushaltstypen sind nicht unmittelbar vergleichbar, da sie verschiedenen Segmenten der Gesamtverteilung angehören. So gehört das unterste Quintil der Paarhaushalte ohne Kind möglicherweise häufiger einem höheren Quintil in der Einkommensverteilung insgesamt an als das unterste Quintil der Paarhaushalte mit einem Kind. Um die unteren Einkommensgruppen verschiedener Haushaltstypen vergleichen zu können,

³ Vgl. in diesem Zusammenhang Münnich/Krebs 2002 und Münnich 2006 sowie die dort angegebene Literatur.

müsste eine Äquivalenzskala vorgegeben werden; diese wird aber mit der Differenzmethode gesucht – und kann letztlich auf diesem Wege nicht abgeleitet werden.

Die folgende Ausgabenanalyse ist somit begrenzt auf die Frage nach den Konsumgewohnheiten eines weit verbreiteten Familientyps – Elternpaar mit einem Kind – im unteren Segment der Einkommensverteilung dieses Familientyps. Besonderes Augenmerk gilt dabei kindspezifischen Ausgaben, soweit sie mit den vorliegenden Daten isoliert erfasst sind. Damit kann die politische Diskussion um eine angemessene Höhe des Sozialgeldes bereichert werden.

Als Datenbasis wurde das faktisch anonymisierte Grundfile 5 (98%-Substichprobe) der EVS 2003 herangezogen. Zur Abgrenzung der Einkommensquintile innerhalb der Untersuchungspopulation der Paarhaushalte mit (nur) einem minderjährigen Kind wurden vorab alle Haushalte mit Sozialhilfebezug (Hilfe zum Lebensunterhalt oder Hilfe in besonderen Lebenslagen) ausgeklammert. Die Quintilsbildung ist allerdings mit einer EVS-spezifischen Schwierigkeit verbunden. Da nach dem zugrunde liegenden Rotationsverfahren jeweils ein Viertel der Stichprobenteilnehmer in je einem Quartal des Jahres befragt wird, sind infolge saisonaler Schwankungen bzw. unregelmäßig anfallender Bezüge die Einnahmen und Ausgaben der vier Quartalspopulationen nur begrenzt vergleichbar. Beispielsweise werden Weihnachtsgeld bzw. 13. und 14 Monatsgehalt nur bei den Befragten des letzten Quartals erfasst, so dass die entsprechenden Einkommen und die Ungleichheit tendenziell höher ausfallen als in den anderen Quartalen. Deshalb liegt den hier präsentierten Ergebnissen ein differenzierter Ansatz zugrunde: die Quintilsabgrenzung erfolgt „quartalsintern“, d. h. gesondert für jede Quartalspopulation, bevor die vier Gruppen der unteren Quintilshaushalte für die Ausgabenanalyse zusammengefasst werden.

3 Empirische Ergebnisse für Paarhaushalte mit einem Kind

3.1 Konsumausgaben insgesamt im untersten Einkommensquintil

Tabelle 1 weist die durchschnittlichen Konsumausgaben der Paarhaushalte mit einem Kind im untersten Einkommensquintil (nach Ausschluss der Sozialhilfeempfänger) für einzelne Gütergruppen sowie insgesamt aus. Im unteren Tabellenteil sind ergänzend die Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung⁴ – also die relevanten Vergleichsgrößen für die Regelsätze im Rahmen der Grundsicherung –, die gruppenspezifischen Durchschnittseinkommen und die Zahlen der betroffenen Familien ausgewiesen. Die Differenzierung nach drei Altersgruppen des Kindes erfolgte zum Einen unter

⁴ Dazu wurden in Analogie zur Praxis bei der Bemessung des Eckregelsatzes 92% der Ausgaben für den Bereich Wohnen abgezogen; 8% dieses Ausgabenbereichs werden approximativ für die Instandhaltungskosten von Mietern und Stromkosten angesetzt, die pauschal in den Regelsatz integriert sind.

dem theoretischen Aspekt unterschiedlicher Bedarfsstrukturen von Klein- und Vorschulkindern, Schulkindern und Jugendlichen und zum Anderen unter Berücksichtigung datenbedingter Vorgaben: Ausgaben für Bekleidung und Schuhe für Kinder und Jugendliche werden mit der EVS 2003 nur für junge Menschen unter 14 Jahren gesondert erfasst, die entsprechenden Ausgaben für ältere Kinder werden unter Damen- bzw. Herrenbekleidung und Damen- bzw. Herrenschuhen subsumiert.

Die bei Weitem größte Teilgruppe im untersten Quintil der Paarhaushalte mit einem Kind sind diejenigen mit einem Kind unter 6 Jahren (knapp 270.000 Familien bzw. 55% von Allen; letzte Zeile in Tabelle 1). Dies ist insofern nicht verwunderlich, als bei „normalen“ Erwerbsbiografien bzw. Karrieremustern das Einkommen zu Beginn der Erwerbsphase vergleichsweise gering ausfällt und mit dem Alter der Erwerbstätigen und damit auch mit dem Alter des Kindes tendenziell steigt. Zudem sind die Erwerbsmöglichkeiten von Müttern insbesondere von Kindern unter 6 Jahren wegen der meist bei ihnen konzentrierten Betreuungs- und Erziehungsaufgaben stark begrenzt. Das unterste Einkommensquintil der Familien wird also von sehr jungen Familien, das durchschnittliche Ausgabenprofil dieser Einkommensgruppe vom Bedarfsmuster der jungen Familien dominiert; eine Durchschnittsbildung über alle Kindesaltersgruppen würde zu entsprechend geprägten Ausgabenstrukturen führen bzw. die insbesondere bei kleinen Kindern anfallenden Ausgaben – z. B. für Kinderbetreuung – eher sichtbar machen als die Bedarfe von Jugendlichen – z. B. in den Bereichen Nachrichtenübermittlung, Verkehr und Nachhilfe.

Aus den summarischen Größen im unteren Teil der Tabelle 1 ergibt sich zudem, dass Familien des unteren Einkommenssegments offenbar im Durchschnitt keine Sparmöglichkeiten haben. Denn in der jüngsten und in der ältesten Teilgruppe sind durchschnittliche Konsumausgaben und durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen nahezu identisch (1.700 Euro bis 1.800 Euro), in der mittleren Altersgruppe übersteigen die Ausgaben die Nettoeinkommen sogar um etwa 150 Euro. Falls die Zugehörigkeit zum unteren Quintil nicht nur kurzfristig ist – dies dürfte insbesondere bei Familien mit einem Kind ab 6 Jahren vergleichsweise häufig der Fall sein –, ist die finanzielle Situation dieser Familien also als prekär einzustufen.

Hinsichtlich einzelner Gütergruppen zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen den nach dem Alter des Kindes differenzierten Familien, die durchaus plausibel sind.

Tabelle 1: Durchschnittliche Konsumausgaben (Euro p. M.) von Paarhaushalten mit einem Kind im untersten Quintil nach dem Alter des Kindes

Güter- und Verbrauchsgruppen	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	332	345	371
Bekleidung und Schuhe	95	104	77
- <i>darunter für Kinder bis unter 14 Jahren</i>	31	35	8
Wohnen	548	577	566
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc.	92	125	99
Gesundheitspflege	29	32	40
Verkehr	225	266	168
<i>darunter: - Kraftstoffe und Schmiermittel</i>	95	84	74
<i>- fremde Verkehrsdienstleistungen</i>	7	14	13
<i>(ohne solche auf Reisen, ohne Luftverkehr)</i>			
Nachrichtenübermittlung	75	82	86
- <i>darunter Internet/Onlinedienste</i>	8	9	10
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	168	193	198
<i>darunter: - Spielwaren</i>	18	22	3
<i>- Sportartikel</i>	3	4	3
<i>- außerschulischer Unterricht in Sport</i>	1	5	6
<i>oder musischen Fächern</i>			
<i>- Besuch von Sport- und Kultur-</i>	11	10	11
<i>veranstaltungen bzw. -einrichtungen</i>			
<i>- Bücher und Broschüren</i>	8	9	10
<i>- Schreibwaren, Zeichenmaterial etc.</i>	5	7	7
Bildungswesen	29	20	12
<i>darunter: - Kinderbetreuung</i>	21	13	1
<i>- Nachhilfeunterricht</i>	0	3	2
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	56	59	55
Andere Waren und Dienstleistungen	90	76	79
Summarische Größen			
Konsumausgaben insgesamt	1.739	1.878	1.751
Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung	1.236	1.347	1.230
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen	1.741	1.733	1.781
Zahl der Haushalte	266.236	126.492	94.017

Anmerkungen:

- Nur Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind.
- Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (quartalspezifische Quintilsgrenzen).
- Eigene Berechnungen auf Basis der EVS 2003, 98%-Substichprobe (Grundfile 5).

- Etwa ein Fünftel der Konsumausgaben der Familien mit einem Kind entfällt auf Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren. Bei einem Kind von 14 bis 17 Jahren fällt der Betrag allerdings mit durchschnittlich 371 Euro um immerhin 26 Euro (40 Euro) höher aus als bei einem Kind von 6 bis 13 Jahren (unter 6 Jahren) (1. Zeile in Tabelle 1). Hier spiegelt

sich der vergleichsweise große Nahrungsmittelbedarf von älteren Kindern, der offenbar u. a. zu Lasten der Ausgaben für Bekleidung und Schuhe geht.

- Die höchsten durchschnittlichen Ausgaben für Einrichtungsgegenstände etc. ergeben sich mit 125 Euro für die mittlere Altersgruppe; nach der Einschulung und in der Phase starken Wachstums müssen vermehrt Anschaffungen getätigt werden (Schreibtisch, Bett und sonstiges Mobiliar).
- Auch bei der Gütergruppe Verkehr fallen die Ausgaben der mittleren Altersgruppe am höchsten aus. Dies ist zunächst insofern überraschend, als von einer mit dem Alter des Kindes zunehmenden eigenständigen (d. h. ohne Begleitung der Eltern ausgeübten) Mobilität auszugehen ist. Diese scheint aber finanziellen Restriktionen zu unterliegen – die Ausgaben für fremde Verkehrsdienstleistungen (insbesondere für Bus- und Bahnfahrkarten) der ältesten Gruppe liegen sogar leicht unter denen der mittleren Gruppe – oder per Fahrrad zu erfolgen. Dass die Verkehrsausgaben insgesamt der ältesten Gruppe so deutlich (um ca. 100 Euro) unter denen der mittleren Altersgruppe liegen, ist zu einem großen Teil auf die mehr oder minder häufigen Käufe von (gebrauchten) Kraftfahrzeugen zurückzuführen. Abgesehen von den bei dieser Ausgabenart vermutlich recht großen Zufallsschwankungen ist es durchaus plausibel, dass Familien mit einem Kind zwischen 14 und 17 Jahren von einer solchen Anschaffung eher absehen – gegebenenfalls wird ein vorhandenes Fahrzeug sehr lange genutzt –, die Investition in ein (bescheidenes) Fahrzeug erfolgt überwiegend bereits in einer frühen Familienphase.⁵
- Die Ausgaben für Kraftstoffe und Schmiermittel – also für Betriebsmittel eines eigenen Kraftfahrzeuges – machen ein Vielfaches (in der jüngsten Gruppe fast das Vierzehnfache, in der mittleren und in der ältesten Gruppe das Sechsfache) der Ausgaben für fremde Verkehrsdienstleistungen aus. Dies deutet darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der Familien auch des unteren Einkommenssegment einen Pkw besitzt. Insofern ist es problematisch, dass die laufenden Aufwendungen für einen (zum Schonvermögen zählenden) Pkw bisher in die Regelsatzberechnung überhaupt nicht eingehen. Denn diese faktischen Ausgaben senken den Durchschnitt der Ausgaben für fremde Verkehrsdienstleistungen (ohne solche auf Reisen), der dann folgerichtig mit weit über 100% in den Regelsatz eingehen müsste. Darauf wird in Abschnitt 3.2 nochmals eingegangen.
- Die Ausgaben für Freizeit, Unterhaltung und Kultur der mittleren und ältesten Gruppe unterscheiden sich kaum, liegen aber erheblich – um etwa 30 Euro – über denen der

⁵ Die durchschnittlichen Ausgaben für Kfz-Käufe liegen in der jüngsten Gruppe bei ca. 48 Euro, in der mittleren Gruppe bei 89 Euro und in der ältesten Gruppe bei nur 14 Euro.

Familien mit einem Kind unter 6 Jahren. Dies ist zum Einen auf die mit dem Alter des Kindes abnehmende Gebundenheit der Eltern an das Zuhause, zum Anderen auf die zunehmenden Bedürfnisse des Kindes nach außerhäuslichen Unternehmungen zurückzuführen. Denn die gruppenspezifischen Unterschiede bei den in Tabelle 1 gesondert aufgeführten Ausgaben für Spielwaren, Sportartikel, Bücher und Schreibwaren etc. sind nicht gravierend.

- Die Ausgaben im Bereich Bildungswesen werden dominiert von den Kosten für Kinderbetreuung und fallen dementsprechend in der ältesten Gruppe am geringsten aus.

Bei der Interpretation der ausgewiesenen Ausgabearten ist zu berücksichtigen, dass es sich zu einem erheblichen Teil um unregelmäßig anfallende Beschaffungen von Kleidung, Hausrat, und Ähnlichem handelt; die Durchschnittsbildung führt zu einer drastischen Nivellierung der faktischen Ungleichheit der Ausgabenprofile und zu einer Verschleierung von Anspar- und Entsparvorgängen, die im unteren Einkommenssegment selbst bei kleineren Anschaffungen notwendig sind. Zu einem weiteren Teil handelt es sich um Ausgaben, die nur bei einem Teil der Untersuchungspopulation anfallen. Dies gilt insbesondere für bildungsrelevante Ausgaben – darauf wird in Abschnitt 3.3 näher eingegangen – aber auch für Teile der Verkehrsausgaben, die je nach räumlicher Entfernung zu Arbeitsplatz, Kindergarten oder Schule sowie zu Netzwerken und Veranstaltungsorten mehr oder minder hoch sind. Hinter den teilweise überraschend geringen Durchschnittsausgaben verbergen sich also sehr große Streuungen und entsprechend gravierende Divergenzen hinsichtlich des sparfähigen Teils der Einkommen bzw. des Verschuldungsgrades.

Ein Vergleich der im unteren Tabellenteil ausgewiesenen Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung mit der Summe der Regelsätze, die derzeit für Familien mit einem Kind gewährt werden – 833 Euro bei einem Kind unter 15 Jahren, 902 Euro bei einem Kind ab 15 Jahren –, zeigt die geringen Teilhabemöglichkeiten von Familien mit Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II) und Sozialgeld. Die Konsummöglichkeiten der Grundsicherungsempfänger(innen) bleiben um 400 Euro (jüngste Gruppe) bzw. 510 Euro (mittlere Gruppe) bzw. 330 Euro (älteste Gruppe) hinter den durchschnittlichen Ausgaben der entsprechenden Familien des untersten Einkommensquintils zurück. Damit ist die Gefahr von Ausgrenzungsprozessen, die sich insbesondere bei Kindern negativ auf ihre kognitive wie soziale Entfaltung und Entwicklung auswirken können, nicht zu übersehen. Inwieweit diese individuell sowie gesamtgesellschaftlich nachteiligen Effekte eintreten, hängt letztlich auch von den Bewältigungskompetenzen und -strategien der Eltern und der weiteren familiären

Netzwerke ab; die materiellen Rahmenbedingungen sind jedoch im Vergleich zum näheren sozialen Umfeld der Kinder von Grundsicherungsempfänger(inne)n sehr restriktiv.

Nach derzeitiger Gesetzeslage sind freilich nicht alle Einzelpositionen der in Tabelle 1 aufgeführten Gütergruppen Bestandteil des soziokulturellen Existenzminimums – dies wurde hinsichtlich der Verkehrsausgaben bereits erwähnt. Dementsprechend werden bei der Ableitung

Tabelle 2: Fiktiver regelsatzrelevanter Konsum (Euro p. M.) von Paarhaushalten mit einem Kind nach dem Alter des Kindes – Durchschnittsausgaben des untersten Quintils (Tab. 1) nach prozentualen Abschlägen (ausgewiesen in Klammern in Spalte 1)

Güter- und Verbrauchsgruppen	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren (96%)	319	345	356
Bekleidung und Schuhe (100%)	95	104	77
Wohnen (8%)	44	46	45
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc. (91%)	84	114	90
Gesundheitspflege (71%)	21	22	29
Verkehr (26%)	59	69	44
Nachrichtenübermittlung (75%)	57	61	64
Freizeit, Unterhaltung und Kultur (55%)	92	106	109
Bildungswesen (100%, abweichend von gesetzl. Regel)	29	20	12
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen (29%)	16	17	16
Andere Waren und Dienstleistungen (67%)	60	51	53
fiktiver regelsatzrelevanter Konsum insgesamt	875	957	894
Zum Vergleich: Regelleistung nach SGB II 2007	833		902
Nachrichtlich: Summarische Größen der Referenzgruppe			
Konsumausgaben insgesamt	1.739	1.878	1.751
Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung	1.236	1.347	1.230
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen	1.741	1.733	1.781
Zahl der Haushalte	266.236	126.492	94.017

Anmerkungen:

- Nur Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind.
- Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (quartalspezifische Quintilsgrenzen).
- Abschläge entsprechend der Vorgehensweise bei der Festlegung des Eckregelsatzes (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 17.05.2006, <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Presse/pressemitteilungen,did=133074.html>; Abfrage Mai 2006.
- Eigene Berechnungen auf Basis der EVS 2003, 98%-Substichprobe (Grundfile 5).

des Eckregelsatzes Abschläge von den statistisch festgestellten Ausgaben vorgenommen. Die zu berücksichtigenden „regelsatzrelevanten“ Anteile der einzelnen Gütergruppen sind in § 2 Abs. 2 RSV festgelegt und liegen mit Ausnahme der Verbrauchsgruppe Bekleidung und Schuhe

unter 100%, wie aus der Vorspalte von Tabelle 2 hervorgeht (Abschläge in Klammern ausgewiesen). Die regelsatzrelevanten Anteilssätze sind das Ergebnis empirischer Analysen der Ausgabenstrukturen auf Basis der EVS 2003 sowie verschiedener normativer Setzungen bzw. im Falle des Bereichs Wohnen eine Folge der gesonderten Übernahme der tatsächlichen und angemessenen Unterkunfts- und Heizungskosten neben dem Regelsatz. Wenn diese normativen Vorentscheidungen des Gesetzgebers auf die Gruppe der Familien mit einem Kind übertragen werden, ergeben sich die in Tabelle 2 ausgewiesenen reduzierten Durchschnittsausgaben. Dabei wurde aber der Ausgabenbereich Bildungswesen entgegen der Praxis bei der Bestimmung des Eckregelsatzes (die Bildungsausgaben werden vollständig ausgeklammert) uneingeschränkt berücksichtigt, da er im Wesentlichen kindspezifische Bedarfe umfasst.

Die resultierenden fiktiven regelsatzrelevanten Konsumausgaben der Paarhaushalte mit einem Kind belaufen sich mit 875 Euro bis 957 Euro auf nur 71% (jüngste und mittlere Gruppe) bzw. 73% (älteste Gruppe) der tatsächlichen Durchschnittsausgaben der jeweiligen Altersgruppe. Damit liegen sie dennoch über dem derzeitigen gesetzlichen Existenzminimum, sofern das Kind unter 15 Jahren ist und ihm damit nur 60% des Eckregelsatzes zuerkannt wird. In der mittleren Altersgruppe beträgt der Abstand zur Regelleistung immerhin mehr als 100 Euro im Monat. Lediglich im Falle eines älteren Kindes, dessen Bedarf nach dem SGB II auf 80% des Eckregelsatzes festgelegt wird, liegt der fiktive regelsatzrelevante Konsum ungefähr auf dem Niveau der Grundsicherung. Für die große Mehrheit der bedürftigen Familien mit einem Kind führt die Anknüpfung an das Ausgabeverhalten von Alleinstehenden bei der Regelsatzbemessung also zu einem ungünstigen Ergebnis in dem Sinne, dass das ihnen zugemessene Existenzminimum deutlich hinter den Konsumgewohnheiten vergleichbarer Familien zurückbleibt.

3.2 Konsumausgaben nach approximativem Ausschluss verdeckter Armut

Die Analyse der Ausgaben des unteren Einkommenssegments erfolgt in der vorliegenden Untersuchung wie auch bei der Regelsatzbemessung nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (bei künftigen EVS-Erhebungen auch nach Ausschluss der Haushalte mit Arbeitslosengeld II). Dadurch soll ein Zirkelschluss – vom Ausgabeverhalten der Sozialhilfeempfänger auf das ihnen zu gewährende Existenzminimum – vermieden werden. Für dieses Ziel ist allerdings die Herausnahme der Sozialhilfebezieher aus der Referenzgruppe unter theoretischen Gesichtspunkten nicht hinreichend. Denn nach vorliegenden Schätzungen nehmen nur etwa die Hälfte bis drei Fünftel der Bedürftigen ihre Ansprüche wahr, die weiteren

Anspruchsberechtigten leben in verdeckter Armut.⁶ Dies hat sich zumindest für die Zeit vor der Hartz IV-Reform ergeben, auf die sich die vorliegenden Ausgabedaten der EVS 2003 beziehen.⁷ Die Referenzgruppe zur Ermittlung minimaler Standards bzw. des soziokulturellen Existenzminimums müsste also auch um die so genannte Dunkelziffer der Armut (Personen in verdeckter Armut) bereinigt werden, was wegen der dazu erforderlichen aufwändigen Simulationsrechnungen den Rahmen dieser Kurzstudie sprengen würde. Deshalb wird hier ein approximativer Weg eingeschlagen, indem Familien unterhalb einer Mindesteinkommensgrenze ausgeklammert werden. Der untere Grenzwert wird im Folgenden bei zwei Dritteln der Quintilsgrenze gesetzt; das entspricht 1.479 Euro. Dieser aus der empirischen Verteilung abgeleitete Betrag liegt etwas oberhalb des derzeitigen pauschalisierten Grundsicherungsniveaus von Paaren mit einem Kind unter 15 Jahren⁸ und erweist sich damit als geeignete Näherungslösung zur Ausklammerung von verdeckter Armut. Es verbleiben gut drei Viertel (jüngste und mittlere Gruppe) bzw. vier Fünftel (älteste Gruppe) der Paarhaushalte mit einem Kind des untersten Quintils in der Referenzgruppe, die den Ergebnissen der – analog zu den Tabellen 1 und 2 aufgebauten – Tabellen 3 und 4 zugrunde liegt.

Erwartungsgemäß zeigen sich für das bereinigte unterste Quintil insgesamt höhere Konsumausgaben und Haushaltsnettoeinkommen. Die Differenz beläuft sich auf etwa 100 Euro (Durchschnittsausgaben) bzw. auf ungefähr 150 Euro bis 170 Euro (Durchschnittseinkommen). Aber auch für die so abgegrenzte Untersuchungspopulation ergibt sich keine nennenswerte Sparfähigkeit bzw. in der mittleren Altersgruppe ein leichtes Zurückbleiben der Durchschnittseinkommen hinter den Durchschnittsausgaben (um 60 Euro). Die Ausgabenstrukturen und die altersspezifischen Unterschiede entsprechen denen des gesamten Quintils vor Ausschluss der verdeckt armen Familien, so dass auf Einzelheiten nicht nochmals eingegangen werden muss.

⁶ Vgl. Becker/Hauser 2005. Im abschließenden Teil dieser Studie (S. 215-230) findet sich eine komprimierte Ergebnisdarstellung (S. 219-224) mit der hier zitierten Schätzung (S. 221).

⁷ Nach einer neueren Studie ist das Ausmaß verdeckter Armut aber auch nach der Hartz IV-Reform groß; vgl. Becker 2006b.

⁸ Ende 2004 beliefen sich die warmen Wohnkosten der Paare mit einem Kind im Durchschnitt auf 491 Euro (vgl. Deutsche Bundesregierung 2005, S. 106 der Anhänge (Tabelle II.2)). Zusammen mit der Regelsatzsumme für diesen Familientyp ergibt sich ein pauschalisiertes Existenzminimum von 1.324 Euro.

Tabelle 3: Durchschnittliche Konsumausgaben (Euro p. M.) von Paarhaushalten mit einem Kind im untersten Quintil nach dem Alter des Kindes – nur Haushalte mit einem Einkommen von mindestens zwei Dritteln der Quintilsgrenze

Güter- und Verbrauchsgruppen	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	336	340	395
Bekleidung und Schuhe	101	108	84
- darunter für Kinder bis unter 14 Jahren	33	34	9
Wohnen	561	594	570
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc.	97	118	105
Gesundheitspflege	31	40	46
Verkehr	253	314	188
darunter: - Kraftstoffe und Schmiermittel	105	94	81
- fremde Verkehrsdienstleistungen (ohne solche auf Reisen, ohne Luftverkehr)	7	13	13
Nachrichtenübermittlung	76	84	82
- darunter Internet/Onlinedienste	9	9	10
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	186	208	224
darunter: - Spielwaren	19	19	3
- Sportartikel	4	6	3
- außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern	2	6	6
- Besuch von Sport- und Kultur- veranstaltungen bzw. -einrichtungen	13	12	12
- Bücher und Broschüren	8	11	12
- Schreibwaren, Zeichenmaterial etc.	6	7	7
Bildungswesen	30	22	14
darunter: - Kinderbetreuung	22	14	1
- Nachhilfeunterricht	0	4	3
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	61	63	61
Andere Waren und Dienstleistungen	91	78	89
Summarische Größen			
Konsumausgaben insgesamt	1.825	1.967	1.857
Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung	1.308	1.421	1.333
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen	1.894	1.907	1.927
Zahl der Haushalte	205.369	96.548	75.969

Anmerkungen:

- Nur Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind.
- Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (Bezugnahme auf quartalsspezifische Quintilsgrenzen).
- Mindesteinkommensgrenze von zwei Dritteln der Quintilsgrenze zwecks approximativem Ausschluss von Familien in verdeckter Armut; damit werden 77% bzw. 76% bzw. 81% der jeweiligen Gesamtgruppe im untersten Quintil berücksichtigt.
- Eigene Berechnungen auf Basis der EVS 2003, 98%-Substichprobe (Grundfile 5).

Auffallend sind wieder die sehr niedrigen Durchschnittsausgaben für fremde Verkehrsdienstleistungen. Wie bereits ausgeführt, ist dies auf die große Zahl der Familien mit eigenem Pkw zurückzuführen. Für Familien ohne Pkw⁹ resultieren wesentlich höhere Durchschnittsausgaben für Bus- und Bahnfahrkarten, nämlich 28 Euro bei einem Kind unter 6 Jahren, 43 Euro bei einem Kind von 6 bis 13 Jahren und 18 Euro bei einem Kind von 14 bis 17 Jahren (tabellarisch nicht ausgewiesen). Der für die älteste Gruppe resultierende Betrag ist zwar auch bei Ausklammerung der Haushalte mit Pkw überraschend gering; dabei ist aber die besonders geringe Fallzahl der Familien ohne Pkw mit der Folge eines großen Fehlerspielraums zu berücksichtigen (für die drei Altersgruppen: 20 bzw. 14 bzw. 15 Familien). Wenn also die Ausgaben für Kraftstoffe und Schmiermittel vom Gesetzgeber als nicht regelsatzrelevant eingestuft werden, müssten die Durchschnittsausgaben für die alternativen Beförderungsmittel (Busse und Bahnen) mit einem Vielfachen berücksichtigt werden, um ein Mindestmaß an Mobilität zu ermöglichen.

Nach Berücksichtigung der derzeit gültigen prozentualen Abschläge bei den einzelnen Gütergruppen ergibt sich schließlich der in Tabelle 4 ausgewiesene fiktive regelsatzrelevante Konsum von Paarhaushalten mit einem Kind. Er fällt in allen drei Altersgruppen höher als die jeweilige Regelsatzsumme nach gegenwärtigem Rechtsstand aus. Insbesondere bei Familien mit einem 6- bis 13jährigen Kind ist der Abstand mit 136 Euro groß und deutet die sehr begrenzten Teilhabemöglichkeiten von Familien, die auf Transfers der Grundsicherung angewiesen sind, an. Dabei ist das Zurückbleiben der Konsummöglichkeiten dieser Familien hinter denen von nicht bedürftigen Familien des unteren Einkommenssegments insofern möglicherweise unterzeichnet, als die Ausgabedaten sich auf 2003 beziehen, von seither eingetretenen Veränderungen also abstrahiert wurde.

⁹ Diese Teilgruppe wurde approximiert durch die Familien ohne Ausgaben für Kraftstoffe und Schmiermittel. Denn die direkten Informationen zur Ausstattung der Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern – also auch mit Pkw – sind im hier zugrunde gelegten Grundfile 5 der EVS 2003 nicht enthalten.

Tabelle 4: Fiktiver regelsatzrelevanter Konsum (Euro p. M.) von Paarhaushalten mit einem Kind nach dem Alter des Kindes – Durchschnittsausgaben im untersten Quintil oberhalb der Mindesteinkommensgrenze (Tab. 3) nach prozentualen Abschlägen (ausgewiesen in Klammern in Spalte 1)

Güter- und Verbrauchsgruppen	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren (96%)	323	326	379
Bekleidung und Schuhe (100%)	101	108	84
Wohnen (8%)	45	48	46
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc. (91%)	88	107	95
Gesundheitspflege (71%)	22	28	33
Verkehr (26%)	66	82	49
Nachrichtenübermittlung (75%)	57	63	62
Freizeit, Unterhaltung und Kultur (55%)	102	114	123
Bildungswesen (100%, abweichend von gesetzl. Regel)	30	22	14
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen (29%)	18	18	18
Andere Waren und Dienstleistungen (67%)	61	52	60
fiktiver regelsatzrelevanter Konsum insgesamt	914	969	961
Zum Vergleich: Regelleistung nach SGB II 2007	833		902
Nachrichtlich: Summarische Größen der Referenzgruppe			
Konsumausgaben insgesamt	1.825	1.967	1.857
Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung	1.308	1.421	1.333
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen	1.894	1.907	1.927
Zahl der Haushalte	205.369	96.548	75.969

Anmerkungen:

- Nur Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind.
- Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (quartalsspezifische Quintilsgrenzen).
- Abschläge entsprechend der Vorgehensweise bei der Festlegung des Eckregelsatzes (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 17.05.2006, <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Presse/pressemitteilungen,did=133074.html>; Abfrage Mai 2006.
- Eigene Berechnungen auf Basis der EVS 2003, 98%-Substichprobe (Grundfile 5).

3.3 Bildungsrelevante Ausgaben

Wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Umsetzung des Ziels der Chancengerechtigkeit für Kinder sind die bildungsrelevanten Ausgaben der Untersuchungspopulation einer näheren Betrachtung zu unterziehen – auch im Vergleich zu entsprechenden Ausgaben von Familien höherer Einkommensschichten. Dazu zählen zum Einen Ausgaben für den außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern – Bestandteil der Gütergruppe Freizeit, Unterhaltung, Kultur – und zum Anderen die Ausgaben für Kinderbetreuung, Nachhilfe sowie

Kursgebühren (Gütergruppe Bildungswesen). Die erst- und letztgenannten Ausgaben sind zwar nicht definitiv kindspezifisch. Der außerschulische Unterricht in Sport oder musischen Fächern kommt in den Vergleichsgruppen der Alleinstehenden und der Paare ohne Kind aber wesentlich seltener vor als bei Familien mit einem Kind.

Für die vier genannten Ausgabenarten sind in Tabelle 3 nur niedrige Durchschnittswerte ausgewiesen, was im Wesentlichen eine Folge des geringen Anteils der Familien, die für die jeweilige Dienstleistung überhaupt Ausgaben tätigt, – kurz Beteiligungsquote genannt – ist. Dies geht aus Tabelle 5 hervor, die sich auf das unterste Quintil nach approximativem Ausschluss der verdeckten Armut bezieht. Erwartungsgemäß ist die Beteiligungsquote beim außerschulischen Unterricht in der Gruppe mit einem Kind unter 6 Jahren am geringsten (ca. 9%), mit knapp einem Viertel in Familien mit einem Kind von 6 bis 13 Jahren aber beträcht-

Tabelle 5: Bildungsrelevante Ausgaben von Paarhaushalten mit einem Kind im untersten Quintil oberhalb der Mindesteinkommensgrenze (Tab. 3) nach dem Alter des Kindes – nur Haushalte mit der jeweiligen Ausgabenart, in % von Allen (Beteiligungsquoten) und Durchschnittswerte

Ausgabenart	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern			
Beteiligungsquote	8,7%	23,9%	12,8%
Durchschnittsausgaben in Euro p. M.	19	25	45
Kinderbetreuung			
Beteiligungsquote	37,3%	25,3%	
Durchschnittsausgaben in Euro p. M.	60	54	
Nachhilfeunterricht			
Beteiligungsquote		7,3%	6,3%
Durchschnittsausgaben in Euro p. M.		55	46
Gebühren für Kurse u. ä.			
Beteiligungsquote	18,9%	12,1%	13,9%
Durchschnittsausgaben in Euro p. M.	28	19	32

Anmerkungen:

- Nur Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind.
- Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (Bezugnahme auf quartalsspezifische Quintilsgrenzen).
- Mindesteinkommensgrenze von zwei Dritteln der Quintilsgrenze zwecks approximativem Ausschluss von Familien in verdeckter Armut; damit werden 77% bzw. 76% bzw. 81% der jeweiligen Gesamtgruppe im untersten Quintil berücksichtigt.
- Eigene Berechnungen auf Basis der EVS 2003, 98%-Substichprobe (Grundfile 5).

lich. Als Durchschnittsausgaben für den außerschulischen Unterricht ergeben sich für die beteiligten Familien Beträge von 19 Euro bis 45 Euro. Eine geringere Differenz zwischen den altersspezifischen Durchschnittsausgaben zeigt sich hinsichtlich der Kinderbetreuung, die nur in den beiden jüngeren Gruppen relevant ist. Für die zeitweilig außerhäuslich betreuten Kinder – gut ein Drittel (jüngste Gruppe) bzw. etwa ein Viertel (mittlere Gruppe) der Untersuchungspopulation – fallen Kosten von durchschnittlich ungefähr 60 Euro an, wobei sich hinter diesen Mittelwerten freilich wiederum eine große Streuung entsprechend der variierenden Dauer der außerhäuslichen Betreuung verbirgt. Auf ähnlichem Niveau liegen die durchschnittlichen Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn nur diejenigen der mittleren und ältesten Gruppe mit dieser Ausgabenart betrachtet werden; die Beteiligungsquote ist hier allerdings mit 7% bzw. 6% gering. Schließlich ergeben sich auch für Kurse u. ä. beträchtliche Kosten der Beteiligten – sie liegen im gruppenspezifischen Durchschnitt zwischen etwa 20 Euro und 30 Euro –, wobei hier der kindspezifische Anteil aber ungewiss ist.

Die in Tabelle 5 ausgewiesenen Kosten für die außerhäusliche Betreuung und für individuelle Förderungen von Kindern des untersten Einkommensquintils sind zwar bescheiden, aber dennoch von Familien mit Grundsicherungstransfers kaum aufzubringen. Wenn aus der Regelsatzsumme von 833 Euro bei Familien mit einem Kind unter 15 Jahren beispielsweise 60 Euro für Nachhilfeunterricht aufgebracht werden sollen, müssten andere Konsumbereiche in nicht vertretbarem Maße eingeschränkt werden. Die Bezugnahme auf ausgaben spezifische Gesamtdurchschnitte ohne Berücksichtigung von Beteiligungsquoten ist bei den bildungsrelevanten Kategorien unzweckmäßig; dementsprechend wäre auch eine pauschale Einbeziehung in einen Familienregelsatz nicht zielführend. Um die Bildungschancen von einkommensschwachen Familien zu verbessern, ist also über individuell ausgerichtete Kostenübernahmen nachzudenken.

Zur Verdeutlichung der schichtspezifischen Unterschiede bei den Bildungschancen sind in Tabelle 6 die Beteiligungsquoten für alle Einkommensquintile der Paarhaushalte mit einem Kind ausgewiesen. Ergänzend sind auch die Beteiligungsquoten der vor der Quintilsbildung ausgeklammerten Haushalte mit Sozialhilfebezug ausgewiesen; wegen geringer Fallzahlen sind diese Ergebnisse aber sehr vorsichtig zu interpretieren. Bei allen von der EVS erfassten bildungsrelevanten Ausgaben nimmt der Anteil der Familien, welche die jeweilige Dienstleistung nachfragen, mit steigendem Haushaltsnettoeinkommen erheblich zu. Beispielsweise nimmt im untersten Einkommensquintil nur etwa jede(r) sechste 14- bis 17jährige außerschu-

Tabelle 6: Anteile der Paarhaushalte mit einem Kind mit bildungsrelevanten Ausgaben an allen Familien der jeweiligen Teilgruppe (Beteiligungsquoten) nach Quintilen und nach dem Alter des Kindes

Ausgabenart	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern			
Familien mit Sozialhilfebezug	5,6%	44,5%	7,9%
1. Quintil	7,0%	21,4%	17,7%
2. Quintil	13,0%	35,6%	30,5%
3. Quintil	15,7%	44,1%	23,0%
4. Quintil	14,3%	42,9%	22,3%
5. Quintil	19,4%	56,0%	36,1%
Kinderbetreuung			
Familien mit Sozialhilfebezug	29,8%	14,7%	
1. Quintil	36,0%	23,6%	
2. Quintil	43,6%	29,9%	
3. Quintil	51,3%	26,8%	
4. Quintil	47,7%	31,5%	
5. Quintil	51,1%	39,5%	
Nachhilfeunterricht			
Familien mit Sozialhilfebezug		3,6%	8,6%
1. Quintil		5,5%	5,5%
2. Quintil		5,8%	11,7%
3. Quintil		5,5%	17,6%
4. Quintil		2,7%	13,1%
5. Quintil		5,7%	20,3%
Gebühren für Kurse u. ä.			
Familien mit Sozialhilfebezug	13,9%	31,6%	10,2%
1. Quintil	19,1%	9,6%	16,8%
2. Quintil	20,1%	21,5%	16,2%
3. Quintil	19,5%	27,0%	23,5%
4. Quintil	28,9%	26,9%	21,7%
5. Quintil	28,5%	36,6%	27,2%

Anmerkungen:

- Nur Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind.
- Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (Bezugnahme auf quartalsspezifische Quintilsgrenzen).
- Bei der Berechnung der Beteiligungsquoten von Nachhilfeunterricht wurden von der ältesten Gruppe nur diejenigen, die noch eine allgemeinbildende Schule besuchen, berücksichtigt.
- Eigene Berechnungen auf Basis der EVS 2003, 98%-Substichprobe (Grundfile 5).

lischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern, im obersten Quintil ist es jede(r) Dritte.¹⁰ Die mit dem Einkommen steigende Nachfrage nach Kinderbetreuungsleistungen – bei einem Kind unter 6 Jahren (von 6 bis 13 Jahren) von einem Drittel (einem Viertel) auf die Hälfte (zwei Fünftel) der Familien – ist sicher teilweise auf die positive Korrelation von Haushaltseinkommen und Erwerbsbeteiligung der Mütter zurückzuführen (Becker 2002). Insoweit ist die außerhäusliche Kinderbetreuung – zumindest in der unteren Mittelschicht – also eine Voraussetzung für die Überwindung einer prekären Einkommenssituation und für eine Verbesserung der Teilhabechancen. Kindergarten, Kindertagesstätte und Hort sind aber auch als Förder- und Bildungsinstitutionen zu sehen, deren Inanspruchnahme sich gerade für Kinder aus so genanntem bildungsfernen Elternhaus und damit meist aus unteren Einkommensschichten unterstützend auswirken könnte. Von daher ist davon auszugehen, dass die schichtspezifischen Unterschiede bei der Nachfrage nach außerhäuslicher Kinderbetreuung die bestehende Chancengleichheit tendenziell verstärken.

Nachhilfeunterricht scheint unter 6- bis 13jährigen noch sehr selten vorzukommen, da die in Tabelle 6 ausgewiesenen Beteiligungsquoten unabhängig vom Einkommensquintil unter 6% liegen. Zumindest in Paarfamilien sehen sich also Eltern oder Personen aus dem näheren sozialen Umfeld meist in der Lage, bei Lernschwierigkeiten des Kindes selbst zu helfen. Teilweise dürfte die geringe Beteiligungsquote dieser sehr heterogenen Altersgruppe aber auch darauf zurückzuführen sein, dass schulische Probleme insbesondere während der Grundschulzeit noch nicht auftreten, nicht erkannt oder noch nicht sehr ernst genommen werden. Anders verhält es sich bei den 14- bis 17jährigen Schüler(inne)n des hier betrachteten Familientyps. Zwar liegt auch hier die Beteiligungsquote im untersten Quintil unter 6%, im zweiten Quintil beträgt sich aber schon das Doppelte, und in der höchsten Einkommensgruppe erhält jede(r) fünfte Schüler(in) Nachhilfeunterricht. Da es sich im oberen Einkommenssegment überwiegend um Eltern mit weit reichendem eigenen Bildungshintergrund handelt, kumulieren hier also häufig familiäre und außerfamiliäre Unterstützungen, während es am unteren Ende der Einkommenshierarchie an beiden Unterstützungsformen meist mangelt. Von (Start-) Chancengleichheit sind wir in Deutschland also weit entfernt. Um das in vielen Studien belegte Muster des schichtspezifischen Zugangs zu Bildungswegen aufzubrechen, sind offenbar individuell ausgerichtete Förderinstrumente für Kinder aus einkommensschwachen Familien erforderlich.

¹⁰ Bei den ausgewiesenen Beteiligungsquoten dürfte es sich ganz überwiegend um kindspezifische Nachfrage handeln. Denn insgesamt (über alle Einkommensschichten) haben nur 5% der Alleinstehenden und 6% der Paare ohne Kind Ausgaben für außerschulischen Unterricht in Sport oder musischen Fächern angegeben.

Schließlich zeigen sich auch bei Kursen u. ä. mit dem Einkommen steigende Beteiligungsquoten, insbesondere bei einem Kind der mittleren Altersgruppe. Selbst wenn es sich hier teilweise um eine Kursteilnahme der Eltern handelt¹¹, dürfte auch der verbleibende kindspezifische Anteil an den entsprechenden Ausgaben positiv mit dem Haushaltsnettoeinkommen korreliert sein. Somit bestätigt die Analyse aller vier Ausgabenarten die These, dass die Entwicklungs- und Bildungschancen von Kindern in Deutschland trotz formal gleicher Zugangsmöglichkeiten schichtspezifisch verteilt sind.

3.4 Exkurs: Konsumausgaben im mittleren Einkommensquintil zum Vergleich

Neben der skizzierten Einkommensabhängigkeit der Teilhabe an außerschulischen, privat zu finanzierenden Bildungsmöglichkeiten ist auch die relative Positionierung der Konsumausgaben insgesamt des untersten Einkommensquintils der Paarhaushalte mit einem Kind von Interesse. Um einen Eindruck über die Größe des Abstands gegenüber anderen gesellschaftlichen Gruppen zu gewinnen, sind in Tabelle 7 die durchschnittlichen Ausgaben des mittleren Quintils des gleichen Familientyps ausgewiesen. Ein Vergleich mit den entsprechenden Mittelwerten der Tabelle 3 (unterstes Quintil nach approximativem Ausschluss der Familien in verdeckter Armut) bzw. Tabelle 4 (fiktiver regelsatzrelevanter Konsum von Paaren mit einem Kind) ergibt erhebliche Unterschiede bei allen Positionen. Sie fallen – abgesehen vom Bereich Wohnen und Beherbergung-/Gaststättendienstleistungen – insbesondere bei den Ausgaben für Bekleidung und Schuhe, Einrichtungsgegenstände, Gesundheitspflege, Verkehr sowie Freizeit, Unterhaltung und Kultur gravierend aus. Für letztere Kategorie beispielsweise werden bei einem Kind der mittleren Altersgruppe 117 Euro bzw. 56% mehr ausgegeben als in der entsprechenden Gruppe des untersten Quintils. Aber selbst bei den Ausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren ist der Unterschied mit 68 Euro bzw. 20% beträchtlich – wieder am Beispiel der mittleren Altersgruppe.

Für die Konsumausgaben insgesamt ergibt sich zwischen unterstem Quintil (nach approximativem Ausschluss von verdeckter Armut) und mittlerem Quintil – je nach Altersgruppe – ein Abstand von 520 Euro bis 760 Euro bzw. 27% bis 41%.¹² Die Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Nettoeinkommen sind mit etwa 1.200 Euro bzw. ungefähr 60% noch we-

¹¹ In den Kontrollgruppen der Alleinstehenden und der Paare ohne Kind haben insgesamt (über alle Einkommensschichten) 11% (Alleinstehende) bzw. 12% (Paare ohne Kind) Ausgaben für Kursgebühren u. ä. angegeben.

¹² Für die Gruppe mit einem Kind unter 6 Jahren ergibt sich eine Differenz von 657 Euro bzw. 36%, bei einem Kind von 6 bis 13 Jahren beläuft sich der Abstand auf 534 Euro bzw. 26,6%, bei einem Kind von 14 bis 17 Jahren sogar auf 763 Euro bzw. 41,1%.

Tabelle 7: Durchschnittliche Konsumausgaben von Paarhaushalten mit einem Kind im mittleren Quintil nach dem Alter des Kindes
– in Euro p. M. bzw. in Relation zu Beträgen im untersten Quintil (Tabelle 3) –

Güter- und Verbrauchsgruppen	Alter des Kindes		
	unter 6 J.	6 - 13 J.	14 - 17 J.
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	373 (111%)	408 (120%)	435 (110%)
Bekleidung und Schuhe	136 (135%)	144 (133%)	142 (169%)
- <i>darunter für Kinder bis unter 14 Jahren</i>	40 (121%)	44 (129%)	9 (100%)
Wohnen	797 (142%)	777 (131%)	775 (136%)
Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgegenstände etc.	165 (170%)	154 (131%)	138 (131%)
Gesundheitspflege	64 (206%)	45 (113%)	64 (139%)
Verkehr	376 (149%)	302 (96%)*	433 (230%)
darunter: - Kraftstoffe und Schmiermittel	122 (116%)	119 (127%)	120 (148%)
- fremde Verkehrsdienstleistungen	9 (129%)	13 (100%)	18 (138%)
(ohne solche auf Reisen, ohne Luftverkehr)			
Nachrichtenübermittlung	75 (99%)	81 (96%)	94 (115%)
- <i>darunter Internet/Onlinedienste</i>	8 (89%)	10 (111%)	13 (130%)
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	239 (128%)	325 (156%)	292 (130%)
darunter: - Spielwaren	24 (126%)	19 (100%)	6 (200%)
- Sportartikel	4 (100%)	9 (150%)	5 (167%)
- <i>außerschulischer Unterricht in Sport oder musischen Fächern</i>	3 (150%)	19 (317%)	10 (167%)
- <i>Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen bzw. -einrichtungen</i>	16 (123%)	26 (217%)	23 (192%)
- <i>Bücher und Broschüren</i>	14 (175%)	17 (155%)	16 (133%)
- <i>Schreibwaren, Zeichenmaterial etc.</i>	7 (117%)	13 (186%)	8 (114%)
Bildungswesen	54 (180%)	35 (159%)	24 (171%)
darunter: - <i>Kinderbetreuung</i>	45 (205%)	18 (129%)	0 (/)
- <i>Nachhilfeunterricht</i>	0 (/)	4 (100%)	10 (333%)
Beherbergungs-/Gaststättendienstleistungen	96 (157%)	115 (183%)	115 (189%)
Andere Waren und Dienstleistungen	109 (120%)	104 (133%)	110 (124%)
Summarische Größen			
Konsumausgaben insgesamt	2.482 (136%)	2.491 (127%)	2.620 (141%)
Konsumausgaben ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung	1.749 (134%)	1.776 (125%)	1.908 (14%)
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen	3.081 (163%)	3.094 (162%)	3.071 (159%)
Zahl der Haushalte	212.827	157.519	116.808

Anmerkungen:

- Nur Paarhaushalte mit einem minderjährigen Kind.
 - Quintilsbildung nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens für die Gesamtgruppe der Paarhaushalte mit einem Kind nach Ausschluss der Haushalte mit Sozialhilfebezug (Bezugnahme auf quartalsspezifische Quintilsgrenzen).
 - Eigene Berechnungen auf Basis der EVS 2003, 98%-Substichprobe (Grundfile 5).
- * Untypische geringe Ausgabensumme, da im Beobachtungszeitraum zufällig vergleichsweise selten ein Kraftfahrzeug angeschafft wurde.

sentlich größer; dementsprechend zeigt sich für das mittlere Quintil eine gewisse Sparfähigkeit, die der untersten Einkommensgruppe fehlt.

Schließlich ist auch die Gegenüberstellung der derzeit mit dem SGB II vorgesehenen Regelsatzsumme bzw. des fiktiven regelsatzrelevanten Konsums der Paarhaushalte mit einem Kind – d. h. die Konsumausgabensumme ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung des untersten Quintils nach prozentualen Abschlägen – (Tabelle 4) mit den entsprechenden Ausgaben des mittleren Quintils (Tabelle 7) aufschlussreich. Hier ergibt sich eine Differenz

- von 916 Euro (110%) bzw. 835 Euro (91%) bei einem Kind unter 6 Jahren;
- von 943 Euro (113%) bzw. 807 Euro (83%) bei einem 6- bis 13jährigen Kind;
- von 1.006 Euro (112%) bzw. 947 Euro (99%) bei einem 14- bis 17jährigen Kind.

Kinder aus Familien, die auf Grundsicherungsleistungen angewiesen sind, haben also eine große, über ihre eingeschränkten Konsummöglichkeiten alltäglich spürbare soziale Distanz zu verkraften (jeweils erster Betrag in obiger Aufzählung). Diese würde sich zumindest leicht verringern (jeweils zweiter Betrag in obiger Aufzählung), wenn sich die Bemessung der Regelleistungen am Ausgabeverhalten von Familien mit einem Kind orientieren würde (fiktiver regelsatzrelevanter Konsum in Tabelle 4).

4 Abschließende Bemerkungen

Die Auswertungen der EVS 2003 zur Höhe und Struktur der Konsumausgaben der Paarhaushalte mit einem Kind im unteren Einkommensbereich erfolgten vorrangig mit dem Ziel, Anhaltspunkte zur Beurteilung des gegenwärtigen Niveaus der mit Arbeitslosengeld II und Sozialgeld gegebenen Grundsicherung von Familien zu erarbeiten. Die Ergebnisse vermitteln einen ersten Eindruck über die insgesamt stark eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten von Familien mit Bezug von Grundsicherungsleistungen. Denn die Regelsatzsumme des hier gewählten Familientyps liegt – je nach Alter des Kindes – um etwa 400 Euro bis 600 Euro unter den Konsumausgaben (ohne Ausgaben für Unterkunft und Heizung) der Vergleichsgruppe des untersten Einkommensquintils der nicht bedürftigen Familien. Dies dürfte für die bedürftigen Kinder im alltäglichen Leben spürbar sein – z. B. infolge von unmoderner oder minderwertiger Kleidung, versagten Kinobesuchen, eingeschränkter räumlicher Mobilität, fehlenden Mitteln für Geburtstagseinladungen und weniger Bücherkäufen. Inwieweit sich diese Situation nachteilig auf die weitere Entwicklung der Kinder auswirkt, hängt letztlich zwar auch von den Bewältigungskompetenzen und -strategien der Eltern und vom familiären Netzwerk sowie natürlich von der Dauer der prekären Situation ab. Bei vielen Betroffenen muss aber von einer nachhaltigen Prägung durch die Armutsphase ausgegangen werden, zumal Problemlagen häufig

kumulieren; beispielsweise wirken sich beengte Wohnverhältnisse nachteilig auf die Lernfähigkeit aus.

Die gegenwärtige Praxis der Bemessung des soziokulturellen Existenzminimums – Anknüpfung an das Ausgabeverhalten des untersten Quintils der Alleinstehenden und Verwendung pauschaler Zuschläge für weitere Haushaltsmitglieder – führt dazu, dass bedürftige Paarfamilien mit einem Kind vergleichsweise weit hinter den Teilhabemöglichkeiten anderer Familien ihres näheren sozialen Umfeldes (d. h. des untersten Einkommensquintils) zurückbleiben. Ihre Situation würde sich etwas verbessern, wenn bei der Festsetzung der Regelleistungen auch das Ausgabeverhalten von Familien berücksichtigt oder die Paarfamilie mit einem Kind als Referenzgruppe gewählt werden würde. Dann müsste freilich auch das Existenzminimum anderer Familientypen neu und konsistent bestimmt werden, was weitere Analysen und einen intensiven gesellschaftlichen Dialog erfordert. Abgesehen von der weit reichenden Frage der angemessenen Mindestsicherung von Familien ist angesichts der vorgelegten Ergebnisse aber eine kurzfristig umsetzbare Maßnahme nahe liegend: eine Anpassung der Regelleistungen an die Preisentwicklung, damit sich die realen Teilhabemöglichkeiten von Kindern – und natürlich auch von allen anderen Bevölkerungsgruppen – nicht weiter verringern.

Mit vertiefenden Auswertungen zu bildungsrelevanten Ausgaben wurden mit der vorliegenden Studie auch Aspekte der faktischen Zugangsgerechtigkeit in Deutschland aufgegriffen – wieder am Beispiel der Paarfamilien mit einem Kind. Dabei zeigten sich starke schichtspezifische Unterschiede bei der Beteiligung an außerschulischem Unterricht in Sport oder musischen Fächern, Kinderbetreuung und Nachhilfeunterricht. Beispielsweise ist nach Ergebnissen der EVS 2003 der Anteil der 14- bis 17jährigen Schüler(innen), die Nachhilfeunterricht bekommen, im obersten Einkommensquintil – wo die Eltern überwiegend selbst einen gehobenen Bildungsstand erworben haben – mit 20% fast viermal so hoch wie im untersten, eher bildungsfernen Quintil. Die Entwicklungs- und Bildungschancen von Kindern sind also trotz formal gleicher Zugangsmöglichkeiten positiv mit dem Einkommen korreliert. Bei außerschulischem (Nachhilfe-) Unterricht fallen Kosten an, die nicht im Rahmen von pauschalen Mindestsicherungsleistungen abgegolten werden können. Vielmehr sind individuell ausgerichtete Förderinstrumente für Kinder aus einkommensschwachen Familien erforderlich, um das in vielen Studien belegte Muster des schichtspezifischen Zugangs zu Bildungswegen aufzubrechen.

Literatur

- Atkinson, A. B., B. Cantillon, E. Marlier, Brian Nolan (2002): Social Indicators: the EU and Social Inclusion. Oxford, Oxford University Press.
- Becker, Irene (2002): Frauenerwerbstätigkeit hält Einkommensarmut von Familien in Grenzen. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, herausgegeben vom DIW Berlin, Heft 1/2002, S. 126-146.
- Becker, Irene, Richard Hauser (2005) unter Mitarbeit von Klaus Kortmann, Tatjana Mika und Wolfgang Strengmann-Kuhn: Dunkelziffer der Armut. Ausmaß und Ursachen der Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung 64. Berlin.
- Becker, Irene (2006a): Bedarfsgerechtigkeit und sozio-kulturelles Existenzminimum. Der gegenwärtige Eckregelsatz vor dem Hintergrund aktueller Daten. Arbeitspapier Nr. 1 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt am Main.
- Becker, Irene (2006b): Armut in Deutschland: Bevölkerungsgruppen unterhalb der Alg II-Grenze. Arbeitspapier Nr. 3 des Projekts „Soziale Gerechtigkeit“, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt am Main.
- Deutsche Bundesregierung 2005: Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bericht, Bonn.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (1991): Schlussbericht des Zweiten Europäischen Programms zur Bekämpfung der Armut 1985-1989. Brüssel (KOM(91) 29 endg.).
- Martens, Rudolf (2004): „Zum Leben zu wenig ...“ Für eine offene Diskussion über das Existenzminimum beim Arbeitslosengeld II und in der Sozialhilfe. Expertise, herausgegeben vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Gesamtverband. Berlin.
- Martens, Rudolf (2006): Der Vorschlag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für einen sozial gerechten Regelsatz als sozialpolitische Grundgröße. Neue Regelsatzberechnung 2006. Expertise, herausgegeben vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Gesamtverband. Berlin.
- Münnich, Margot, Thomas Krebs (2002): Ausgaben für Kinder in Deutschland. Berechnungen auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 12/2002, S. 1080-1100.
- Münnich, Margot (2006): Einkommensverhältnisse von Familienhaushalten und ihre Ausgaben für Kinder. Berechnungen auf der Grundlage der Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 6/2006, S. 644-670.

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Prof. Dr. Richard Hauser / Dr. Irene Becker
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Ehemalige Professur für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Verteilungs- und Sozialpolitik
Projekt „Soziale Gerechtigkeit“
Mertonstr. 17, 60325 Frankfurt
Tel.: 069/798-22462
Fax: 069/798-28287
[http://www.wiwi.uni-frankfurt.de/Professoren/hauser/
r.hauser@em.uni-frankfurt.de](http://www.wiwi.uni-frankfurt.de/Professoren/hauser/r.hauser@em.uni-frankfurt.de) / I-H.Becker@t-online.de

Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf

Arbeitsmarkt

Hartz IV - Mythen der Jahrhundertreform

Von [Sven Astheimer](#) und [Kerstin Schwenn](#)



Nutznieser: die früheren Sozialhilfeempfänger; Verlierer: Empfänger von Arbeitslosenhilfe

02. Januar 2010 Seit fünf Jahren lebt Deutschland mit Hartz IV. Hinter diesem Kürzel verbirgt sich die Fusion von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe, mit der der Kampf gegen die Langzeitarbeitslosigkeit gewonnen werden sollte. Das große Sozialprojekt beherrschte von Anfang an die Schlagzeilen und polarisiert bis heute. Was hat die Reform gebracht? Wir prüfen fünf gängige Thesen.

1. Hartz IV ist eine Armutsfalle

Mit dem Schlachtruf "Hartz IV ist Armut per Gesetz" machte die PDS, die Vorläuferin der Linkspartei, im Jahr 2004 Stimmung gegen die geplante Arbeitsmarktreform und ging damit in Wahlen erfolgreich auf Stimmenfang. Michael Sommer, der Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes, sprach gar von einem "Massenverelendungsprogramm". Mittlerweile haben sich die Linkspartei und die Gewerkschaften aber weitgehend von der Armutsthese distanziert. Und das aus gutem Grund: Die Arbeitsmarktreform Hartz IV ist nicht, wie einst von der rot-grünen Bundesregierung propagiert, ein kluges Einspar-, sondern ein riesiges Ausgabenprogramm geworden - trotz eines Rückgangs der Arbeitslosigkeit. Hatten Bund und Kommunen 2004 für Arbeitslosen- und Sozialhilfe zusammen noch rund 38 Milliarden Euro bezahlt, schwoll der Transferfluss nach der Zusammenlegung beider Leistungen auf rund 45 Milliarden Euro im Jahr an. Dazu muss die öffentliche Hand noch knapp 20 Milliarden Euro Grundsicherung jährlich für bedürftige Rentner oder Behinderte bezahlen, die nicht erwerbsfähig sind und daher weiterhin die klassische Sozialhilfe beziehen.



Hartz-IV-Kneipen, wie hier in Leipzig...

Wichtigster Grund für die höheren Kosten ist die Ausweitung des Kreises der Transferbezieher. Ging mit der Sozialhilfe eine gewisse Stigmatisierung einher, ist der Gang zum Amt durch die Hartz-Reform für viele gesellschaftsfähig geworden. Diesen Effekt hatte man unterschätzt. Eine Zeitlang war es unter jungen Leuten sogar "in", sich die erste eigene Wohnung durch Hartz IV zahlen zu lassen. Sie zogen zu Hause aus, und so vermehrte sich die Zahl der Hartz-Haushalte ("Bedarfsgemeinschaften"). Die Regelung wurde daraufhin später geändert.

Finanziell gab es Gewinner und Verlierer der Reform: Nutznießer waren die früheren Sozialhilfeempfänger, die nach dem Systemwechsel rund 100 Euro mehr bekamen an Arbeitslosengeld II, wie die neue Geldleistung heißt. Verlierer waren Empfänger von Arbeitslosenhilfe. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hat errechnet, dass zwei Drittel von ihnen nach dem Übergang in Hartz IV Einbußen von durchschnittlich 240 Euro im Monat hinnehmen mussten. Als besonders dramatisch wurde empfunden, dass jemand selbst nach langjähriger Beschäftigung schon nach einem Jahr Erwerbslosigkeit den Anspruch auf die (höhere) Leistung der Arbeitslosenversicherung verliert und in Hartz IV fällt. Gerade dies war jedoch politisch gewollt, um die Anreize für eine Arbeitsaufnahme zu erhöhen. Inzwischen ist der harte Fall abgefedert durch zusätzliche Übergangsleistungen von bis zu 160 Euro je Monat sowie eine längere Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes I für ältere Erwerbslose von 50 Jahren an.

Zum Thema

- [IAB sieht Hartz-Reform positiv](#)
- [Fast jeder zehnte Bürger bekommt Stütze](#)
- [Länder lehnen Regierungspläne zu Jobcentern ab](#)
- [Langzeitarbeitslosen droht mehr Bürokratie](#)

Derzeit erhalten rund 6,5 Millionen Bürger Hartz-IV-Leistungen, in Spitzenzeiten waren es mehr als 7 Millionen. Seit 2006 ist die Zahl der Hilfeempfänger kontinuierlich gesunken. Das IAB nimmt an, dass dieser Rückgang nicht nur mit dem Aufschwung zu begründen sei. Es gebe Anzeichen dafür, dass mit der Einführung von Hartz IV strukturelle Arbeitslosigkeit abgebaut werden konnte. Denn bei einer etwa gleichbleibenden Zahl offener Stellen sei die Arbeitslosigkeit gesunken.

2. Hartz IV drangsaliert Bedürftige

Die Reform stand unter dem Motto "Fordern und fördern". Dahinter steckt der Gedanke, dass die Gesellschaft (der Steuerzahler) von Langzeitarbeitslosen ein großes Engagement erwarten darf, diesen Zustand möglichst bald zu beenden. Wer Hartz IV beantragt, wird einem Bedürftigkeitstest unterzogen. Die Behörde - derzeit in der Regel eine Arbeitsgemeinschaft aus Kommune und Arbeitsagentur - prüft, welche Vermögenswerte vorhanden sind und gegebenenfalls aufgebraucht werden müssen. Ausgenommen davon ist das sogenannte Schonvermögen, etwa zur Altersvorsorge, ein Kraftfahrzeug bis zu einem Barwert von 7500 Euro oder eine kleine selbstgenutzte Immobilie. Wohnt der Antragsteller zur Miete, wird

Euro oder eine kleine selbstgenutzte Immobilie. Wohnt der Antragsteller zur Miete, wird geprüft, ob die Wohnung angemessen ist. Dafür gibt es Richtlinien, die sich am lokalen Wohnungsmarkt orientieren. Ist die alte Wohnung zu groß oder zu teuer, kann die Behörde einen Umzug anordnen.

Außerdem muss der Arbeitslose eine Eingliederungsvereinbarung unterschreiben. Dort werden mit dem Arbeitsvermittler Schritte zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt festgelegt. Verstößt der Hilfeempfänger gegen seine Pflichten oder lehnt er wiederholt Arbeitsangebote ab, kann ihm das Arbeitslosengeld II gekürzt oder sogar gestrichen werden. Diese Sanktionen wurden verschärft. Im ersten Halbjahr 2009 wurden nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit 360 000 Strafen verhängt, viele davon wegen Verletzung von Meldepflichten. Doch niemand ist der Behörde schutzlos ausgeliefert. Über die Sozialgerichte ist eine Welle an Verfahren hereingebrochen. Zwischen 2005 und Mitte 2009 sind rund 370 000 Hartz-Bescheide angefochten worden.

3. Kinder sind die Verlierer von Hartz IV



...finden sich auch im Westen, wie hier in Duisburg

Fünf Jahre Hartz IV seien fünfmal traurige Weihnachten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, moniert das Erwerbslosenforum Deutschland. Sie seien die eigentlichen Verlierer, weil sie oft überhaupt keine Weihnachten feiern könnten, da der Hartz-IV-Regelsatz keinen Spielraum für Geschenke biete.

Die Regelsätze für Kinder und Jugendliche wurden seit 2005 mehrfach angepasst. Seit Juli 2009 liegen sie für Kinder unter sieben Jahren bei 60 Prozent, für Kinder zwischen sieben und dreizehn Jahren bei 70 Prozent des Regelsatzes eines alleinstehenden Erwachsenen von 359 Euro, für Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren bei 80 Prozent. Mit einer baldigen Änderung dieser Sätze ist aber zu rechnen: Das Bundesverfassungsgericht wird im neuen Jahr prüfen, ob die Begrenzung des Regelsatzes für Kinder verfassungswidrig ist. Der tatsächliche Bedarf des Kindes spielte nämlich bei der Festsetzung keine Rolle. Vielmehr orientierte sich der Gesetzgeber am Satz für Erwachsene und kürzte ihn auf eine "kindgerechte Höhe". Das Bundessozialgericht ist der Auffassung, dass die prozentuale Ableitung "nicht ausreichend begründet" ist. Die neue Bundesregierung will überdies Lehren aus der Erfahrung ziehen, dass Alleinerziehende mit Kindern besonders lange im Hartz-System verharren. Sie sollen beispielsweise künftig bessere Betreuungsangebote finden.

4. Hartz IV ist ein ostdeutsches Problem



Deutschland entwickelt sich zum Teilzeitland. Ein Grund: der Strukturwandel weg von den Industriebranchen hin zu Dienstleistungen

Im Osten Deutschlands ist die Zahl der (Langzeit-)Arbeitslosen aus historischen Gründen - dem Abbau der DDR-Wirtschaft nach der Vereinigung - vergleichsweise höher als im Westen, deshalb erscheint die Hartz-Problematik hier besonders schlimm. Überdies herrscht ein besonders hoher Kostendruck in den Städten und Gemeinden, den die Mitarbeiter in den Jobcentern, die komplizierte Detailregelungen im Einzelfall auslegen müssen, an die

Jobcentern, die komplizierte Detailregelungen im Einzelfall auslegen müssen, an die Antragsteller weitergeben. Deshalb wird über jeden Kleinbetrag verhandelt. In zahllosen Fällen endet der Zwist vor Gericht. In Thüringen stieg die Anzahl der Klagen an den Sozialgerichten 2008 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes um 25 Prozent. Der Erfurter Justizminister hat angekündigt, neue Sozialrichter einstellen zu wollen. In Sachsen-Anhalt stieg die Zahl der Klagen um 18, in Mecklenburg-Vorpommern um 17 Prozent, in Brandenburg um 15 und in Sachsen um 13 Prozent. Doch das Problem eint Ost und West: Auch in den westdeutschen Sozialgerichten reißt die Klageflut nicht ab. Allein in Niedersachsen stieg die Anzahl der Klagen um 11 Prozent im Vergleich zu 2007. Bundesweit wuchs die Zahl der Verfahren auf beinahe 370 000. In Berlin wurden beispielsweise allein bis Oktober schon 80 000 Klagen eingereicht. Die Erfolgsquote ist beachtlich, etwa die Hälfte der Kläger erzielt zumindest einen Teilerfolg.

5. Hartz IV gefährdet Vollzeitstellen

Deutschland entwickelt sich zum Teilzeitanland. Nach den Niederlanden weisen die Deutschen den höchsten Anteil an Teilzeitarbeit in Europa auf. Die Zahl dieser Arbeitsplätze wuchs zwischen 1998 und 2008 um rund 1,4 Millionen, während im gleichen Ausmaß Vollzeitangebote sanken. Großen Anteil an dieser Entwicklung haben die mehr als 6 Millionen geringfügigen Beschäftigungen, besser bekannt als Minijobs. Einen solchen übten zuletzt auch rund 770 000 Hartz-IV-Bezieher aus, die sich damit ihr Arbeitslosengeld II "aufstocken".



Das Bundesverfassungsgericht wird prüfen, ob die Begrenzung des Regelsatzes für Kinder verfassungswidrig ist

Dennoch bestreitet das Institut der Deutschen Wirtschaft, dass Hartz IV die Verdrängung von Vollzeitstellen fördere. Der Wandel der Erwerbsformen sei ein längerfristiges Phänomen, zu beobachten seit den neunziger Jahren. Ein Grund dafür sei der Strukturwandel in der deutschen Wirtschaft, weg von den Industriebranchen hin zu Dienstleistungen. Während im Produzierenden Gewerbe vor allem Männer in Normalarbeitsverhältnissen (38 Arbeitsstunden in der Woche, unbefristet angestellt) tätig sind, liegt der Frauenanteil in Dienstleistungsbranchen wesentlich höher. Dort sind viele "halbtags" angestellt. In Zahlen heißt das: Frauen besetzen drei Viertel aller Teilzeitstellen, aber nur ein Drittel aller Vollzeitarbeitsplätze.

Schaut man sich die Entwicklung seit dem Start von Hartz IV an, fällt auf, dass während des Aufschwungs 2007 und 2008 eine halbe Million neuer Vollzeitstellen entstanden sind. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stieg sogar um 800 000. Dagegen fiel der Anstieg der Minijobber mit 140 000 deutlich geringer aus. Für das IW sind die Zahlen Beleg dafür, dass Hartz IV keinen relevanten Einfluss auf die Entwicklung der Erwerbsformen hat. Das IAB resümiert nach fünf Jahren sogar: "Der Arbeitsmarkt hat profitiert."

Text: F.A.Z.

Bildmaterial: ddp, dpa

© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH 2010.
Alle Rechte vorbehalten.
[Vervielfältigungs- und Nutzungsrechte erwerben](#)



[Verlagsinformation](#)

[Verlagsinformation](#)

[Nutzen Sie jetzt Ihr Sonderkündigungsrecht. Beim Wechsel Ihrer Kfz-Versicherung winken bis zu 500 € Ersparnis. Jetzt online vergleichen und gleich abschließen.](#)

F.A.Z. Electronic Media GmbH 2001 - 2010

Dies ist ein Ausdruck aus www.faz.net.

Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006



Ausgabe 2008

Herausgeber:

Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Herstellung und Redaktion:

Statistisches Bundesamt

65180 Wiesbaden

Telefon: +49 (0) 611 / 75 24 05

Telefax: +49 (0) 611 / 75 33 30

www.destatis.de/kontakt

Autoren: Tim Weber, Thomas Haustein, Markus Dorn

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung:

Statistisches Bundesamt

Gruppe VIII B „Soziales“

Telefon: +49 (0) 228 / 99 643 89 53

Telefax: +49 (0) 228 / 99 643 89 94

E-Mail: sozialhilfe@destatis.de

Erscheinungsfolge: jährlich

Erschienen im September 2008

Kostenfreier Download:

www.statistikportal.de

Fotorechte:

© Statistische Ämter des Bundes und der Länder

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008

(im Auftrag der Herausbergemeinschaft)

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

1	Einführung	4
2	Kurzfassung	5
3	Daten zur Arbeitslosen- und Sozialhilfe vor Inkrafttreten von Hartz IV – Entwicklung und Situation bis 2004	9
3.1	Arbeitslosenhilfe	9
3.2	Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	12
3.2.1	Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)	12
3.2.2	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Grundsicherungsgesetz (GSiG)	15
3.2.3	Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	17
4	Daten zum Arbeitslosengeld II und zur Sozialhilfe nach Inkrafttreten von Hartz IV – Empfängerstrukturen und Ausgaben	19
4.1	Arbeitslosengeld II/Sozialgeld nach dem SGB II	19
4.2	Sozialhilfe nach dem SGB XII	29
4.2.1	Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kap. SGB XII)	30
4.2.2	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kap. SGB XII)	32
5	Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	37
6	Leistungen der Kriegsopferfürsorge	40
7	Weitere Sozialleistungen	43
7.1	Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)	43
7.2	Wohngeld	49
7.3	Besondere Leistungen der Sozialhilfe nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII	52
7.4	Kinderzuschlag	58
Anhang		
	Überblick zur Sozialberichterstattung in Deutschland	60
	Tabellen/Zeitreihen	67
	Adressen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie der Bundesagentur für Arbeit	78

1 Einführung

Der vorliegende Bericht über die Mindestsicherung in Deutschland ist Teil des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“, welches in dieser Form seit Mitte 2006 von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder durchgeführt wird. Dieser Veröffentlichung, die als erste Bestandsaufnahme einen groben Überblick über Fallzahlen, Strukturen und Ausgaben der sozialen Mindestsicherungssysteme geben soll, werden weitere statistische Berichte folgen, die sich dann auf einzelne Empfängergruppen oder auch auf spezielle Sachverhalte wie z. B. die Wohnkosten von Transferleistungsempfängern konzentrieren werden.

**Projekt „Sozial-
berichterstattung“**

Ein weiterer wichtiger Baustein des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ ist die Bereitstellung von Indikatoren zur Messung von Armut und sozialer Ausgrenzung auf Ebene von Bund und Ländern. Damit soll dem wachsenden Bedarf nach vergleichbaren Indikatoren auf Bundes- und Länderebene Rechnung getragen werden. Die Indikatoren werden zu gegebener Zeit auf den Internetseiten der Statistischen Ämter unter der Rubrik „Sozialberichterstattung“ abrufbar sein.

2 Kurzfassung

Am Jahresende 2006 erhielten in Deutschland rund 8,3 Millionen Menschen Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme, um ihren grundlegenden Lebensunterhalt zu bestreiten. Damit sind 10,1 % der in Deutschland lebenden Menschen auf existenzsichernde finanzielle Hilfen des Staates angewiesen. Im Verlauf des Jahres 2006 sind für diese Leistungen Kosten in Höhe von 45,6 Milliarden Euro entstanden.

Rund 10 % der Bevölkerung abhängig von Mindestsicherungsleistungen

Mit den Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme (siehe Abbildung 1) werden finanzielle Hilfen des Staates bezeichnet, die – zumindest ergänzend zu evtl. anderen vorhandenen Einkünften – zur Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts an leistungsberechtigte Personen ausgezahlt werden. Dazu zählen folgende Leistungen, die im vorliegenden Bericht näher betrachtet werden:

- Arbeitslosengeld II/Sozialgeld nach dem SGB II
- Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII
- Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Leistungen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Abbildung 1: Mindestsicherungssysteme und davon betroffene Personengruppen seit 2005



Der mit Abstand größte Teil der Empfänger/-innen und damit auch der Ausgaben für die Mindestsicherung entfielen auf die Leistungen nach dem SGB II, die als Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld gewährt wurden. Arbeitslosengeld II erhalten erwerbsfähige Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Ihre im Haushalt lebenden nicht erwerbsfähigen Familienangehörigen (vor allem Kinder) erhalten Sozialgeld. Etwa 7,3 Millionen Personen erhielten am Jahresende 2006 diese umgangssprachlich mit „Hartz IV“ bezeichneten Leistungen. Die Ausgaben für passive Leistungen – das sind Leistungen, die unmittelbar für die Kosten des Lebensunterhalts gezahlt werden – beliefen sich im Verlauf des Jahres 2006 auf rund 40,5 Milliarden Euro.

ALG II/Sozialgeld

Tabelle 1: Empfänger/-innen von Leistungen der sozialen Mindestsicherung am Jahresende 2006 und Bruttoausgaben im Laufe des Jahres 2006

Leistungsart	Empfänger/-innen	Ausgaben in Mrd. EUR	Ausgaben je Einwohner ¹⁾ in EUR
Leistungen nach dem SGB II insgesamt	7 283 493	40,5 ²⁾	491,7
davon			
Arbeitslosengeld II	5 310 821	.	.
Sozialgeld	1 972 672	.	.
Mindestsicherungsleistungen im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII insgesamt	763 809	3,7	44,0
davon			
Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt - außerhalb von Einrichtungen	81 818	0,5	5,6
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	681 991	3,2	38,3
Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	193 562	0,9	10,3
Laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge ..	59 849	0,5 ³⁾	6,4 ³⁾
Insgesamt	8 300 713	45,6	552,4

1) Bruttoausgaben für die jeweilige Sozialleistung. Bevölkerungsstand: durchschnittliche Bevölkerung im Jahr 2006.

2) Ausgaben für Leistungen, die unmittelbar für die Kosten des Lebensunterhalts gezahlt werden (sogenannte „passive Leistungen“).

3) Gesamtausgaben der Kriegsopferfürsorge; exakte Untergliederung der Ausgaben nach „laufenden Leistungen“ nicht möglich.

. Keine Untergliederung möglich.

Quellen: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Etwa 764 000 Personen erhielten am Jahresende 2006 laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Die Bruttoausgaben für diese Leistungen betrugen insgesamt rund 3,7 Milliarden Euro. Die Sozialhilfe bildet das unterste soziale Auffangnetz für bedürftige ältere Menschen und für Personen, die aufgrund einer schweren Erkrankung oder einer dauerhaft vollen Erwerbsminderung nicht mehr ins reguläre Erwerbsleben integriert werden können, sowie deren im Haushalt lebende Kinder unter 15 Jahren.

Sozialhilfe

In Deutschland lebende Asylbewerber/-innen erhalten seit 1993 anstelle von Sozialhilfe sogenannte „Asylbewerberleistungen“, um ihren Lebensunterhalt zu sichern. Sowohl die Empfängerzahlen als auch die Ausgaben sind in den letzten Jahren deutlich gesunken. Am Jahresende 2006 erhielten rund 194 000 Personen laufende Asylbewerberleistungen (Regelleistungen), die Bruttoausgaben im Laufe des Jahres 2006 lagen hierfür bei etwa 0,9 Milliarden Euro.

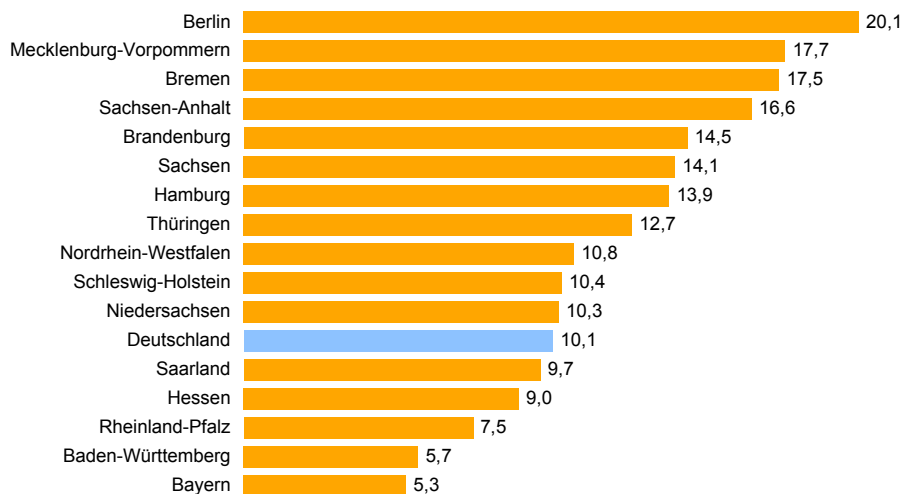
Asylbewerberleistungen

Eine weitere Sozialleistung, die zur Mindestsicherung hauptsächlich älterer Menschen beiträgt, ist die Kriegsopferfürsorge. Die Zahlen der Leistungsempfänger/-innen und der Ausgaben für diese Mindestsicherungsleistung sind seit Mitte der 90er-Jahre stark rückläufig. Am Jahresende 2006 erhielten rund 60 000 Personen Kriegsopferfürsorge. Die Ausgaben beliefen sich auf 0,5 Milliarden Euro.

Kriegsopferfürsorge

Abbildung 2: Empfänger/-innen von sozialer Mindestsicherung am Jahresende 2006 nach Ländern

Anteil der Personen mit Bezug von Mindestsicherungsleistungen an der Gesamtbevölkerung in %



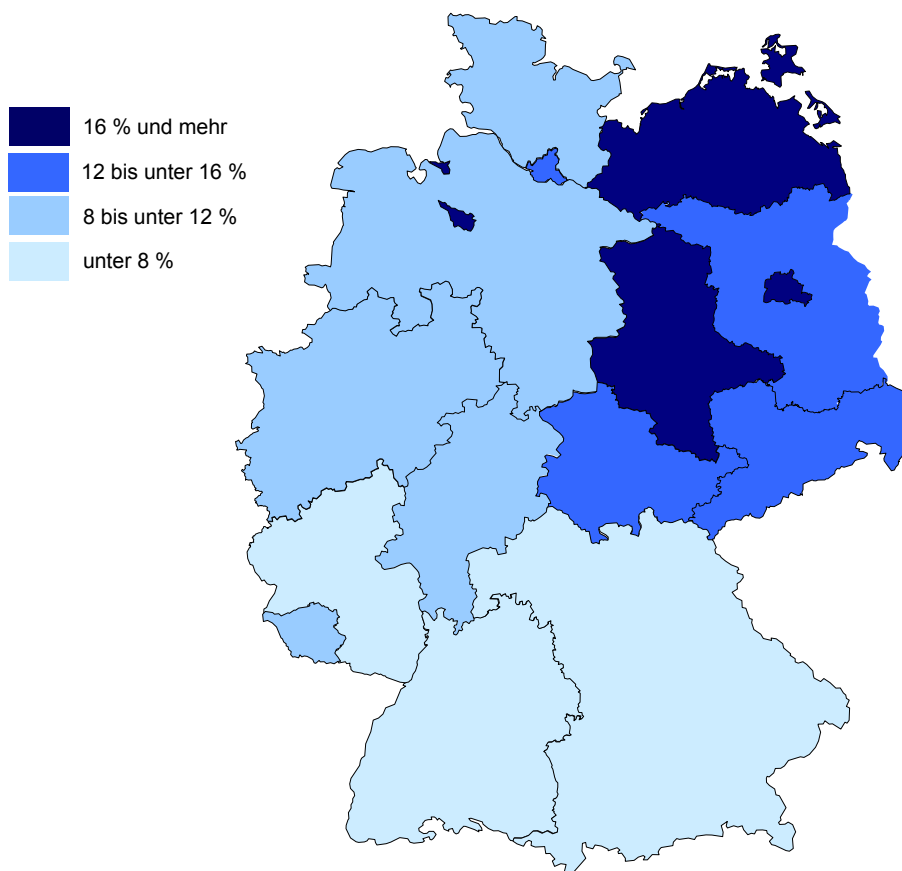
Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass vor allem die Menschen in den Stadtstaaten und den neuen Bundesländern verstärkt auf Leistungen der Mindestsicherung angewiesen waren (siehe Abbildung 2). Mit der im Ländervergleich höchsten Bezugsquote von 20 % erhielt jeder fünfte Berliner Bürger am Jahresende 2006 Leistungen zur Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts. Die niedrigsten Be-

zugsquoten waren in den südlichen Bundesländern festzustellen. So erhielten in Baden-Württemberg am Jahresende 2006 etwa 5,7 % der Einwohner/-innen Leistungen der Mindestsicherungssysteme. Bayern wies mit 5,3 % die niedrigste Mindestsicherungsquote auf. Einen grafischen Überblick über die regionale Verteilung der Empfänger/-innen von Mindestsicherungsleistungen gibt die folgende Abbildung.

Abbildung 3: Empfänger/-innen von sozialer Mindestsicherung am Jahresende 2006 nach Ländern

Anteil der Personen mit Mindestsicherungsleistungen an der jeweiligen Bevölkerung in %

Deutschland insgesamt: 10,1 %



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Die hier in aller Kürze angesprochenen zentralen Ergebnisse werden in den Kapiteln 4 bis 6 ausführlicher dargestellt. Dabei wird insbesondere auf die Entwicklung der jeweiligen Sozialleistungen, auf die Strukturen der Leistungsempfänger/-innen und auf die Ergebnisse in den Ländern eingegangen.

Neben den oben genannten grundlegenden Mindestsicherungsleistungen existieren in Deutschland weitere Sozialleistungen, die in Form von Zuschüssen ebenfalls dazu beitragen, einkommensschwächere Haushalte finanziell zu unterstützen. Diese werden in Kapitel 7 näher beschrieben.

3 Daten zur Arbeitslosen- und Sozialhilfe vor Inkrafttreten von Hartz IV – Entwicklung und Situation bis 2004

3.1 Arbeitslosenhilfe

Die Arbeitslosenhilfe war eine staatliche Fürsorgeleistung, die aus Steuermitteln des Bundes finanziert und von der Bundesanstalt für Arbeit ausgezahlt worden ist. Zwischen 1969 und 1997 war diese Sozialleistung durch das Arbeitsförderungsgesetz geregelt, welches im März 1997 in das Dritte Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) übernommen wurde. Seit dem 1. Januar 2005 existiert die Arbeitslosenhilfe in ihrer bisherigen Form nicht mehr, da sie zusammen mit der Sozialhilfe für Erwerbsfähige in einem neuen System „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) zusammengefasst wurde (siehe Kapitel 4).

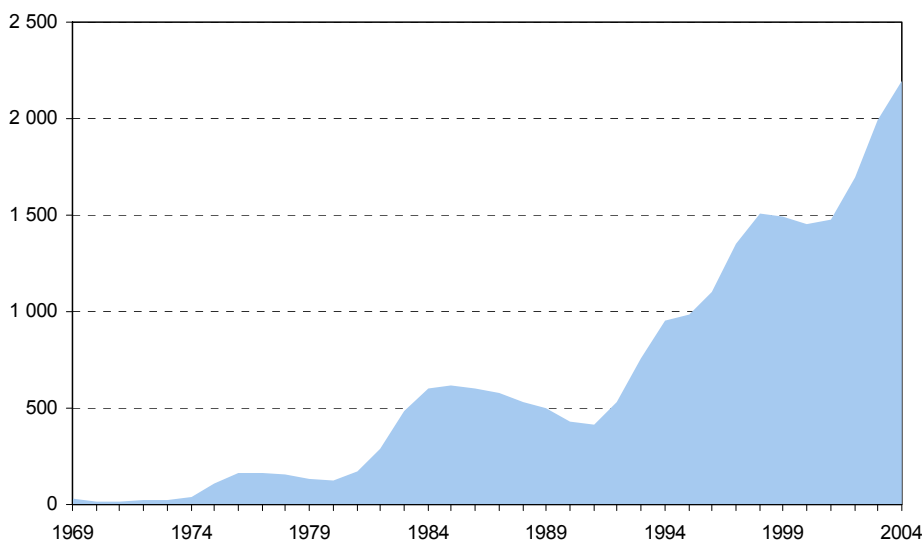
Gesetzliche Grundlage

Einen Anspruch auf Arbeitslosenhilfe hatten vor dem Jahr 2005 Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die bedürftig und arbeitslos waren, aber keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hatten. Damit knüpfte die Arbeitslosenhilfe in den allermeisten Fällen an einen ausgelaufenen Anspruch auf das beitragsfinanzierte Arbeitslosengeld an. Sie war damit eine speziell auf Langzeitarbeitslose zugeschnittene Sozialleistung. Weitere Voraussetzung für den Leistungsbezug war, dass sich die arbeitslosen Personen beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet und innerhalb des Jahres vor der Antragstellung (sogenannte „Vorfrist“) Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe bezogen hatten. Die Gewährung der Arbeitslosenhilfe war grundsätzlich zeitlich unbegrenzt. Allerdings mussten die Leistungsbezieher/-innen jedes Jahr einen neuen Antrag stellen, woraufhin die Anspruchsvoraussetzungen erneut geprüft wurden. Nachdem die Höhe der Arbeitslosenhilfe mehrfach gesenkt worden war, betrug sie im Jahr 2004 für Arbeitslose mit mindestens einem Kind

Voraussetzungen für die Leistungsgewährung

Abbildung 4: Leistungsempfänger/-innen der Arbeitslosenhilfe im Jahresdurchschnitt 1969 bis 2004 *)

in 1 000



*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

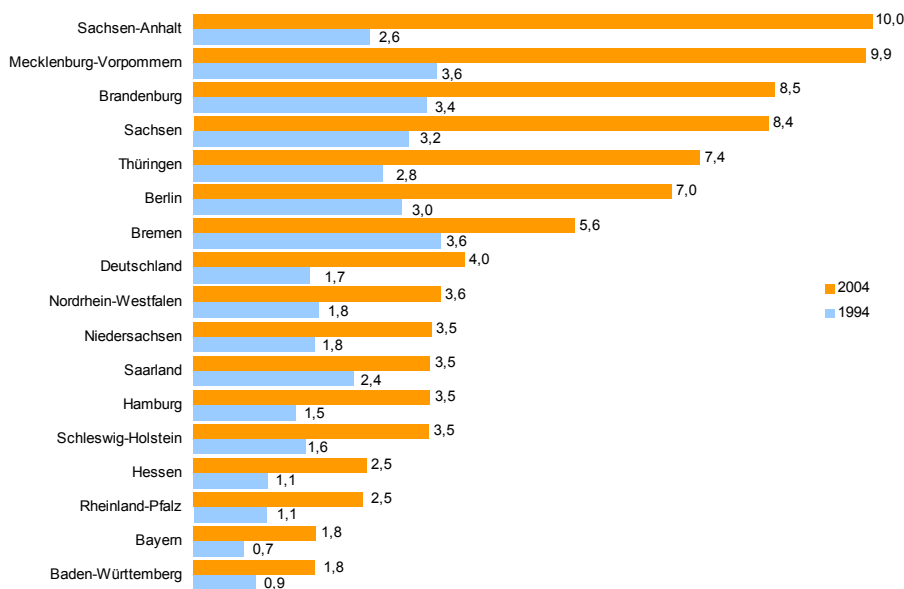
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

57 %, für alle anderen 53 % des zuletzt erzielten Nettogehalts. Überstieg das Einkommen oder das Vermögen des Arbeitslosen bzw. seines Partners einen entsprechenden Freibetrag, so wurde die Arbeitslosenhilfe gemindert.

Die Statistiken zur Arbeitslosigkeit und zur Leistungsgewährung wurden aus dem Verwaltungsvollzug gewonnen und von der Bundesanstalt für Arbeit veröffentlicht. Aus der Statistik über die Arbeitslosenhilfe ergibt sich, dass die Zahl der Empfänger/-innen im Zeitverlauf deutlich angestiegen ist: Erhielten im Jahr 1969 in Westdeutschland rund 28 000 Personen Leistungen der Arbeitslosenhilfe, so waren es im Jahr der Wiedervereinigung 433 000 Personen. Damit hat sich Zahl der Leistungsbezieher/-innen im Zeitraum von 21 Jahren verfünfeinfacht. Nach 1991 stieg die Zahl der Arbeitslosenhilfeempfänger/-innen im wiedervereinigten Deutschland weiter stark an, bis sie mit knapp 2,2 Millionen Personen im Jahr 2004 ihren Höhepunkt erreichte (siehe Abbildung 4).

Abbildung 5: Quoten der Arbeitslosenhilfebezieher/-innen im Jahresdurchschnitt 1994 und 2004 nach Ländern

Anteil der Empfänger/-innen an der Bevölkerung
im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in %



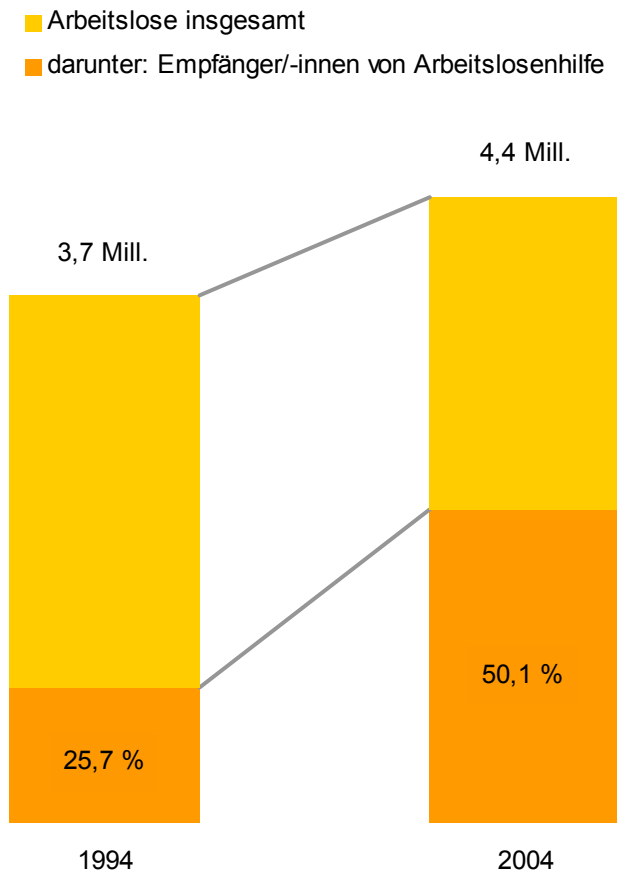
Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen

Vergleicht man die Arbeitslosenhilfequoten der Jahre 1994 und 2004, so fällt auf, dass sich diese im Zeitraum von zehn Jahren auf Bundesebene mehr als verdoppelt haben (von 1,7 % im Jahr 1994 auf 4,0 % im Jahr 2004). Vor allem in den neuen Ländern war ein besonders großer Anstieg der Arbeitslosenhilfequoten festzustellen (siehe Abbildung 5). Die stärkere Inanspruchnahme der Arbeitslosenhilfe ist vor allem auf den Anstieg der Langzeitarbeitslosigkeit zurückzuführen. Im Jahr

1994 lag der Anteil der Arbeitslosenhilfebezieher/-innen an allen Arbeitslosen noch bei knapp 26 %; 2004 betrug dieser Anteilswert 50 % und hatte sich damit innerhalb von zehn Jahren nahezu verdoppelt (siehe Abbildung 6).¹⁾

Abbildung 6: Arbeitslose und Arbeitslosenhilfeempfänger/-innen in Deutschland 1994 und 2004

in 1 000



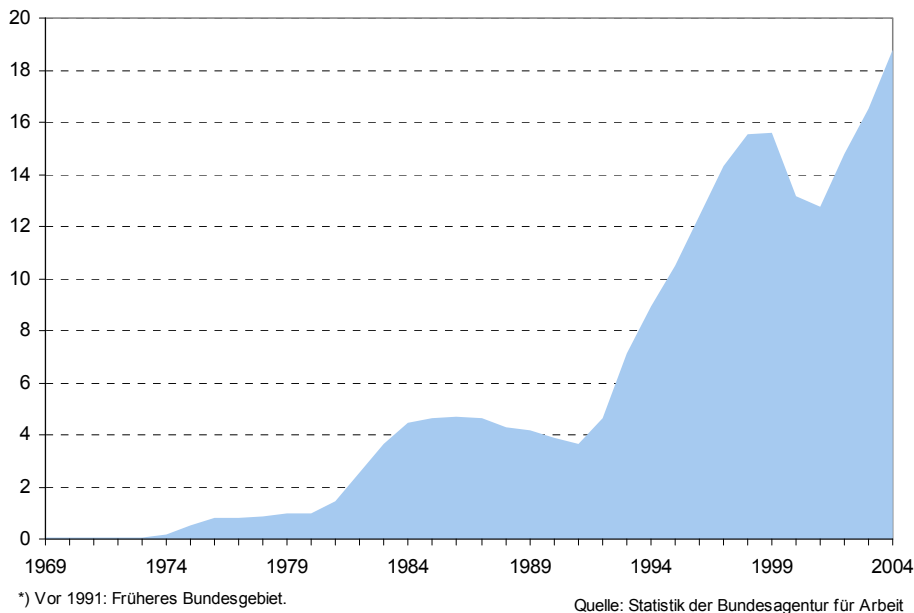
Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen

Durch den oben beschriebenen Anstieg der Empfängerzahlen war auch ein deutlicher Anstieg der Bruttoausgaben für die Leistungen der Arbeitslosenhilfe im Zeitverlauf festzustellen (siehe Abbildung 7). Die Bruttoausgaben setzen sich zusammen aus den Lohnersatzleistungen, die den größten Teil der Ausgaben ausmachen, sowie den übernommenen Beiträgen für Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung. Im Jahr 1969 betrugen die Bruttoausgaben rund 58,95 Millionen Euro; im Jahr der Wiedervereinigung waren es etwa 3,88 Milliarden Euro und 2004 beliefen sie sich auf knapp 18,76 Milliarden Euro. Damit hatten sich die Bruttoausgaben seit der Wiedervereinigung knapp verfünffacht.

1) Im Dezember 2004 waren 211 000 Arbeitslosenhilfebezieher/-innen nicht arbeitslos gemeldet, insbesondere weil sie die vorruhestandsähnliche Regelung des § 428 SGB III in Anspruch genommen haben. Bezieht man nur die arbeitslosen Arbeitslosenhilfeempfänger/-innen auf die arbeitslosen Personen, errechnet sich für 2004 ein Anteilswert von 46 %.

**Abbildung 7: Bruttoausgaben für die Arbeitslosenhilfe in Deutschland
1969 bis 2004 *)**

in Milliarden EUR



3.2 Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

3.2.1 Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Die Sozialhilfe hat die Aufgabe, in Not geratenen Bürgern ohne ausreichende anderweitige Unterstützung eine der Menschenwürde entsprechende Lebensführung zu ermöglichen. Sozialhilfe wird bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nachrangig zur Deckung des individuellen Bedarfs mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe gewährt. Nachrangig bedeutet dabei, dass die Sozialhilfe nur dann einspringt, wenn die betroffenen Personen nicht in der Lage sind, sich aus eigener Kraft zu helfen oder wenn die erforderliche Hilfe nicht von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erbracht werden kann. Die Sozialhilfe wird aus Steuermitteln finanziert und war zwischen dem 1. Juni 1962 und dem 31. Dezember 2004 durch das Bundessozialhilfegesetz geregelt.

Seit dem 1. Januar 2005 existiert die Sozialhilfe in ihrer bisherigen Form nicht mehr, da erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger/-innen samt ihren Familienangehörigen zusammen mit den bisherigen Arbeitslosenhilfeempfänger/-innen in einem neuen Leistungsbezugssystem „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) zusammengefasst wurden (siehe Kapitel 4). Aus diesem Grund beziehen sich die Ausführungen in diesem Kapitel auf den alten Rechtsstand nach dem BSHG, also auf den Zeitraum vor dem 1. Januar 2005.

Je nach Art der Notlage unterscheidet man in der Sozialhilfe zwei Haupthilfearten: Personen, die ihren Bedarf an Nahrung, Kleidung, Unterkunft, Hausrat usw. nicht ausreichend decken können, haben Anspruch auf **Hilfe zum Lebensunterhalt**. Die sogenannten „Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von

**Aufgabe der
Sozialhilfe**

Hilfearten

Einrichtungen“ oder vereinfacht „Sozialhilfeempfänger/-innen im engeren Sinne“ bildeten bis zur Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zum Jahresbeginn 2005 einen großen Teil des Personenkreises, der im Blickpunkt der Armutsdiskussion stand. Wenn im Folgenden der Einfachheit halber von „Sozialhilfeempfänger/-innen“ die Rede ist, sind die Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen gemeint.

In außergewöhnlichen Notsituationen, zum Beispiel bei gesundheitlichen oder sozialen Beeinträchtigungen, wird Hilfe in besonderen Lebenslagen gewährt. Als spezielle Hilfen kommen dabei u. a. die Hilfe zur Pflege, die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder die Hilfe bei Krankheit in Frage.²⁾

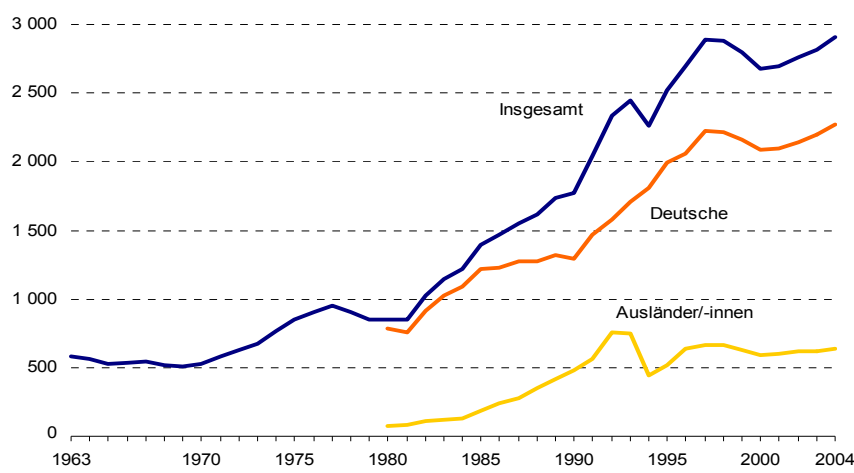
Informationen zur Sozialhilfe liefert seit 1963 die Sozialhilfestatistik, die bis Ende 2004 im Bundessozialhilfegesetz gesetzlich angeordnet und von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder durchgeführt wurde.

Empfängerstrukturen

Die Zahl der Sozialhilfeempfänger/-innen ist seit 1963 deutlich angestiegen. Die zeitliche Entwicklung verlief jedoch nicht kontinuierlich: Während der sechziger Jahre gab es im früheren Bundesgebiet bei nur unwesentlichen Veränderungen rund 0,5 Mill. Empfänger (siehe Abbildung 8). Mit Beginn der siebziger Jahre setzte dann ein erster Anstieg ein, der bis 1977 andauerte. Nach einer kurzen Periode der Beruhigung folgte in den achtziger Jahren ein weiterer kontinuierlicher Anstieg. Bereits 1982 gab es erstmals mehr als eine Million Empfänger/-innen, im Jahr 1991 wurde dann die Zwei-Millionen-Marke erreicht. Durch die Einbeziehung der neuen Länder und Berlin-Ost erhöhte sich die Zahl der Sozialhilfeempfänger/-innen zum Jahresende 1991 etwa um 217 000 Personen.

Entwicklung der Empfängerzahlen zwischen 1963 und 2004

Abbildung 8: Empfänger/-innen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen 1963 bis 2004 *) jeweils am Jahresende
in 1 000



*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

Der deutliche Rückgang der Bezieherzahl im Jahr 1994 ist auf die Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes zurückzuführen. Dies hatte zur Folge, dass zum Jahresende 1994 ein Teil der Ausländer/-innen aus dem Sozialhilfebezug heraus-

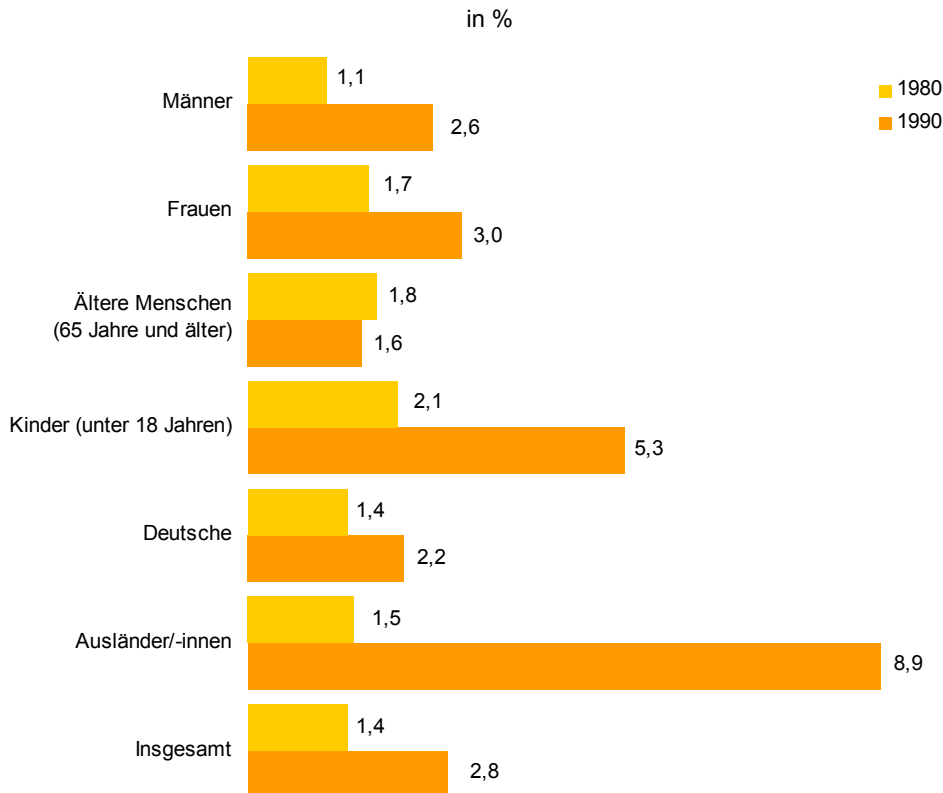
2) Die Empfänger/-innen von Hilfe in besonderen Lebenslagen werden in diesem Bericht nicht zur Gesamtzahl der Empfänger/-innen von Mindestsicherungsleistungen gezählt, da durch diese Hilfeleistungen nicht der unmittelbare Lebensunterhalt erbracht wird. Über die Strukturen der Hilfe in besonderen Lebenslagen wird in Kapitel 7 „Weitere Sozialleistungen“ berichtet.

fiel und ins Asylbewerberleistungsrecht überwechselte (siehe Kapitel 5). In den darauf folgenden Jahren stieg die Zahl der Hilfeempfänger/-innen wieder an, bis sie Ende 2004 mit rund 2,9 Millionen Personen ihren Höchststand erreichte. Damit waren Ende 2004 rund 3,5 % der Bevölkerung auf Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Der Anteil der Bevölkerung, der Sozialhilfe beansprucht, hat sich somit seit 1963 mehr als verdreifacht; damals bezog lediglich 1,0 % der Bevölkerung Sozialhilfe im engeren Sinne.

Auch die Struktur der Sozialhilfeempfänger/-innen hat sich im Zeitverlauf deutlich verändert. Seit 1980 wird in der Sozialhilfestatistik zwischen Deutschen und Ausländer/-innen differenziert. Die Sozialhilfequote der Ausländer/-innen ist zwischen 1980 und 1990 in Westdeutschland von 1,5 % auf 8,9 % angestiegen (siehe Abbildung 9). Nach der Wiedervereinigung pendelte sich die Quote auf einem stabilen Niveau zwischen 8 % und 9 % ein. Am Jahresende 2004 lag sie bei 8,7 %. Die Sozialhilfequote der Deutschen lag im gesamten Zeitverlauf auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Zwischen 1980 und 1990 ist sie von 1,4 % auf 2,2 % gestiegen. Nach der Wiedervereinigung setzte sich der leichte Anstieg fort, so dass die Sozialhilfequote der deutschen Bevölkerung am Jahresende 2004 bei 3,0 % lag.

Stärkerer Anstieg bei Ausländern bzw. Ausländerinnen als bei Deutschen

Abbildung 9: Sozialhilfequoten *) im früheren Bundesgebiet 1980 und 1990 jeweils am Jahresende nach Personengruppen



*) Anteil der Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen an der jeweiligen Bevölkerung in %.

Neben der ausländischen Bevölkerung weisen auch Kinder ein überdurchschnittlich hohes Sozialhilferisiko auf: Die Sozialhilfequote der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren stieg im früheren Bundesgebiet von 2,1 % am Jahresende 1980 auf 5,3 % am Jahresende 1990. Damit war die Sozialhilfequote der Minderjährigen nahezu doppelt so hoch wie die Gesamtquote. Nach der Wiedervereinigung stieg die Quote weiterhin recht konstant an. Am Jahresende 2004 betrug sie 7,5 % (siehe Tabelle 2).

Frauen beanspruchten im Vergleich zu Männern stets häufiger Sozialhilfe. Am Jahresende 1980 lag die Sozialhilfequote der Frauen bei 1,7 %, die der Männer betrug

1,1 %. Bis zum Jahresende 1990 hatte sich das „Sozialhilferisiko“ beider Geschlechter erhöht. Mit einer Bezugsquote von 3,0 % waren Frauen auch 1990 häufiger auf Sozialhilfe angewiesen als Männer (2,6 %). Diese Tendenz setzte sich im wiedervereinigten Deutschland fort. Am Jahresende 2004 bezogen 3,3 % der Männer und 3,8 % der Frauen diese Sozialleistung.

Tabelle 2: Sozialhilfequoten *) nach ausgewählten Personengruppen jeweils am Jahresende 2002, 2003 und 2004

Personengruppe	2002	2003	2004
	in %		
Männer	3,0	3,1	3,3
Frauen	3,7	3,7	3,8
Personen ab 65 Jahren ¹⁾ ..	1,3	0,7	0,5
Kinder unter 18 Jahren	6,7	7,2	7,5
Deutsche	2,8	2,9	3,0
Ausländer/-innen	8,4	8,4	8,7
Insgesamt	3,3	3,4	3,5

*) Anteil der Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen an der jeweiligen Bevölkerung in %.

1) Rückgang der Empfängerquoten aufgrund des zum 1. Januar 2003 eingeführten Grundsicherungsgesetzes.

Vor allem allein erziehende Frauen weisen eine vergleichsweise hohe Sozialhilfebedürftigkeit auf: Betrachtet man unterschiedliche Haushaltstypen am Jahresende 2004, so fällt auf, dass insgesamt rund 26 % aller allein erziehenden Frauen Sozialhilfe erhielten. Dabei war festzustellen, dass die Bezugsquoten mit zunehmender Kinderzahl deutlich anstiegen. So waren von den Haushalten allein erziehender Frauen mit einem Kind knapp 22 % auf Sozialhilfe angewiesen, von denen mit zwei Kindern 31 % und bei Haushalten allein erziehender Frauen mit drei und mehr Kindern waren es mit einer Quote von 49 % fast die Hälfte.

Allein erziehende Frauen besonders häufig auf Sozialhilfe angewiesen

Eine vergleichsweise niedrige Sozialhilfequote war bei älteren Menschen ab 65 Jahren festzustellen. Ihre Bezugsquote lag am Jahresende 1980 bei 1,8 % und sank bis zum Jahresende 1990 leicht auf 1,6 %. Auch in den Folgejahren verringerte sich die Quote. In den Berichtsjahren 2003 und 2004 sank die Empfängerquote dieser Personengruppe aufgrund der Einführung der „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ nochmals deutlich (siehe Tabelle 2).

Vergleichsweise niedrige Bezugsquoten bei älteren Menschen

3.2.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Grundsicherungsgesetz (GSiG)

Das GSiG trat zum 1. Januar 2003 in Kraft. Dieses eigenständige Sozialleistungsgesetz sah die Sicherstellung des Lebensunterhalts für ab 65-Jährige sowie dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen ab 18 Jahren vor. Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt im Gegensatz zur Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) kein Rückgriff auf das Einkommen der unterhaltsverpflichteten Kinder bzw. Eltern des Anspruchsberechtigten. Ziel ist es, durch diese Regelung die verschämte (Alters-) Armut einzugrenzen. Dadurch, dass die entsprechenden Personengruppen seit Anfang 2003 bei Bedürftigkeit vorrangig Leistungen nach dem GSiG erhielten, fielen sie zum großen Teil aus der Sozialhilfe heraus (Rück-

Einführung des Grundsicherungsgesetzes

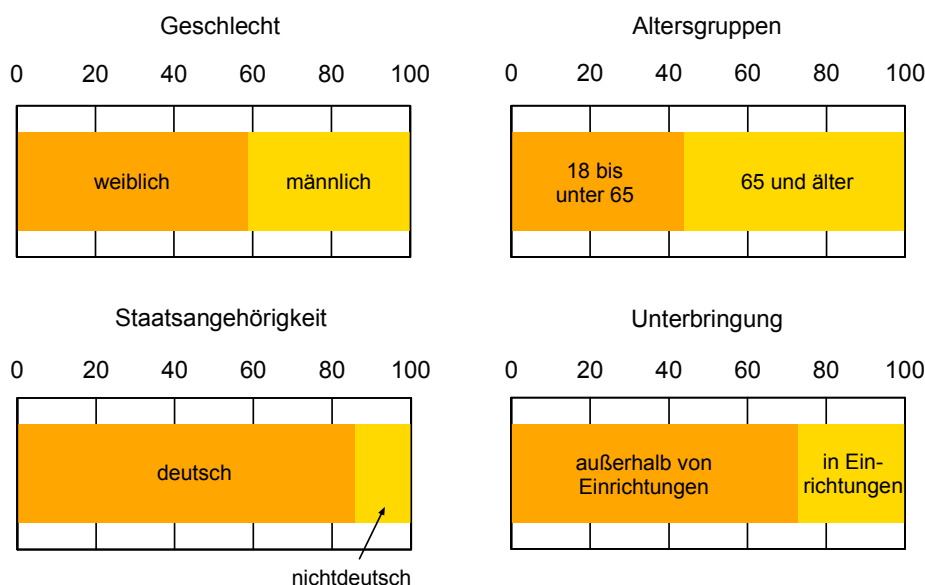
gang der Sozialhilfequoten von den Personen ab 65 Jahren zwischen 2002 und 2003, siehe Tabelle 2).

Die Grundsicherungsstatistik wurde seit 2003 von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder durchgeführt. Organisation und Inhalte dieser Statistik waren eng an die Sozialhilfestatistik angelehnt. Im ersten Jahr nach Inkrafttreten des GSiG erhielten zum Stichtag 31. Dezember 2003 rund 439 000 Personen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung; am Jahresende 2004 wurden 526 000 Empfänger/-innen statistisch erfasst. Damit lag der Anstieg zwischen den beiden Jahren bei knapp 20 Prozent. Mögliche Ursache dafür war das fortschreitende Abarbeiten der Grundsicherungsanträge, die im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Grundsicherungsgesetzes, also 2003, aus unterschiedlichen Gründen nicht bewilligt werden konnten, sowie die fortschreitende Umstellung von bisheriger Sozialhilfe auf die neue Sozialleistung.

**Deutlicher Anstieg
der Empfänger/
-innen zwischen
2003 und 2004**

Abbildung 10: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Jahresende 2004

Anteile in %



Blickt man auf die Strukturen der Grundsicherungsempfänger/-innen (siehe Abbildung 10), so lässt sich feststellen, dass der Frauenanteil dieser Sozialleistung am Jahresende 2004 mit etwa 59 % im Vergleich zum Männeranteil überwog. Damit bezogen am Jahresende 2004 bundesweit 0,9 % der Frauen und 0,7 % der Männer ab 18 Jahren Grundsicherungsleistungen. Etwas deutlicher waren die Unterschiede der Inanspruchnahme zwischen Männern und Frauen in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen. Hier zeigte sich, dass Frauen mit einer Quote von 2,3 % wesentlich häufiger auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen waren als Männer mit einer Quote von 1,4 %. Dies ist unter anderem auf geringere Rentenbezüge der Frauen in dieser Altersklasse zurückzuführen.

Mit knapp 56 % war der größte Teil der Grundsicherungsempfänger/-innen am Jahresende 2004 bereits im Rentenalter. Die übrigen 44 % der Leistungsbezieher/-innen waren zwar im erwerbsfähigen Alter (18 bis unter 65 Jahre), werden aber aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch künftig voraussichtlich nicht mehr zur Verfügung stehen können.

Einen mit 15 % relativ geringen Anteil an der Gesamtzahl der Empfänger/-innen von Grundsicherungsleistungen hatten die ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger. Betrachtet man jedoch den Anteil der Empfänger/-innen von Grundsicherungsleistungen getrennt nach der Staatszugehörigkeit an der jeweils entsprechenden Bevölkerung, ergibt sich ein anderes Bild: Während 1,3 % der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit am Jahresende 2004 Grundsicherungsleistungen erhalten haben, waren es bei den Deutschen nur 0,7 %.

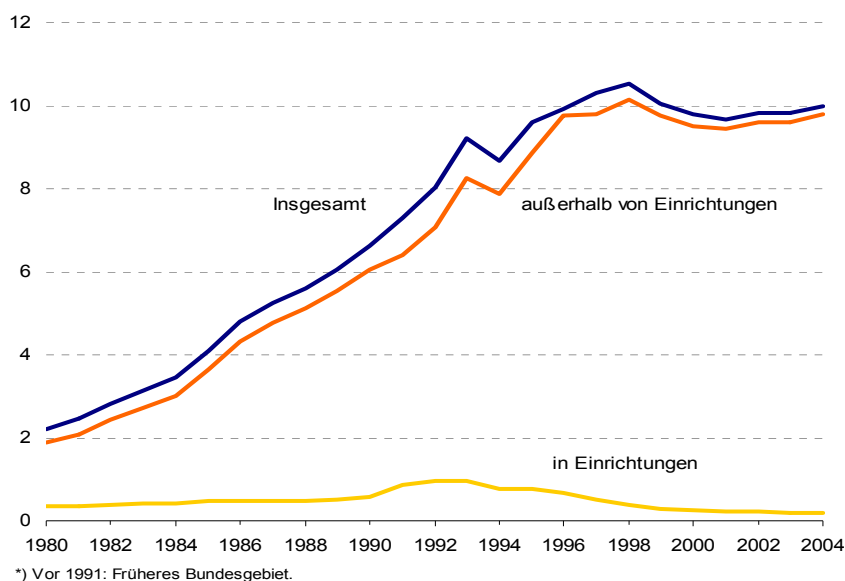
Die Empfängerstrukturen dieser Sozialleistung haben sich zwischen den Jahren 2003 und 2004 nicht signifikant verändert. In Kapitel 4.2.2 wird auf die weitere Entwicklung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach Inkrafttreten von Hartz IV eingegangen.

3.2.3 Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Seit Einführung der Sozialhilfe sind die Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt bis einschließlich 1993 kontinuierlich gestiegen (siehe Abbildung 11). Deutliche Zuwächse waren insbesondere Anfang der neunziger Jahre festzustellen, was u. a. auch auf die Einbeziehung der neuen Bundesländer zurückzuführen ist. Die Ursache für den Ausgabenrückgang im Jahr 1994 war die Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Dies hatte – wie oben bereits angesprochen – zur Folge, dass zum Jahresende 1994 ein Teil der Ausländer/-innen aus dem Sozialhilfebezug heraus fielen und ins Asylbewerberleistungsrecht überwechselten (siehe auch Kapitel 5). Dadurch sanken kurzfristig auch die Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt.

Deutlicher Ausgabenanstieg im Zeitverlauf bei der Hilfe zum Lebensunterhalt

Abbildung 11: Bruttoausgaben der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von und in Einrichtungen 1980 bis 2004 *)
in Milliarden EUR



Im Berichtsjahr 2004 beliefen sich die Bruttoausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt auf 9,98 Milliarden Euro. Nach Abzug der Einnahmen in Höhe von 1,17 Milliarden Euro, die den Sozialhilfeträgern zum größten Teil aus Erstattungen anderer Sozialleistungsträger zufließen, betrugen die reinen Ausgaben (Nettoausgaben) für die Hilfe zum Lebensunterhalt im Jahr 2004 rund 8,82 Milliarden Euro. Der weitaus größere Teil der Ausgaben entfiel – wie in den vergangenen Jahren auch schon – auf die Empfänger/-innen außerhalb von Einrichtungen.

Für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurden im Jahr 2004 brutto rund 2,22 Milliarden Euro ausgegeben. Nach Abzug der Einnahmen in Höhe von 123 Millionen Euro verblieben 2,10 Milliarden Euro an reinen Ausgaben (Nettoausgaben). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Nettoausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung um 55,7 % angestiegen. Gründe dafür waren der deutliche Anstieg der Empfängerzahlen um knapp 20 % sowie der Anstieg des Nettoanspruchs um 5 % zwischen den Jahren 2003 und 2004. Zum anderen sind vermutlich nicht alle Grundsicherungsanträge zu Beginn des Jahres 2003 bearbeitet worden. Bestehende Ansprüche sind dadurch zum Teil erst im Jahr 2004 kassenwirksam geworden und wurden folglich auch erst im Berichtsjahr 2004 zur Statistik gemeldet.

Auch bei der Grundsicherung deutliche Ausgabensteigerung zwischen 2003 und 2004

4 Daten zum Arbeitslosengeld II und zur Sozialhilfe nach Inkrafttreten von Hartz IV – Empfängerstrukturen und Ausgaben

4.1 Arbeitslosengeld II/Sozialgeld nach dem SGB II

Mit dem „Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“, welches umgangssprachlich als „Hartz IV“ bezeichnet wird, wurde zum Jahresbeginn 2005 die vorherige Arbeitslosen- und Sozialhilfe für Erwerbsfähige durch die sogenannte „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ ersetzt. Diese Leistung setzt sich aus dem Arbeitslosengeld II (ALG II) und dem Sozialgeld zusammen. ALG II erhalten erwerbsfähige Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Ihre im Haushalt lebenden nicht erwerbsfähigen Familienangehörigen (vor allem Kinder) erhalten Sozialgeld. Bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende handelt es sich um eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung, die sich ausschließlich am Bedarf der Empfänger/-innen orientiert und nicht – wie die ehemalige Arbeitslosenhilfe – am letzten Nettolohn. Als ein Ziel der Reform wurde benannt, besonders die strukturelle Langzeitarbeitslosigkeit durch intensive Betreuung und stärkere Anreize zur Arbeitsaufnahme zu bekämpfen (Hilfe zur Selbsthilfe). Unter dem Leitbild „Fördern und Fordern“ wurden dabei einerseits neue Programme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt aufgelegt sowie Anreize zur Stärkung der Eigeninitiative der ALG II-Empfänger/-innen angesetzt. Auf der anderen Seite sieht das Gesetz schärfere Sanktionsmöglichkeiten und Zumutbarkeitsregelungen als bisher vor.

Zielsetzung

Geregelt ist die Grundsicherung für Arbeitsuchende im Sozialgesetzbuch II (SGB II). Die finanzielle Belastung dieser Sozialleistung wird gemeinsam von Bund und Kommunen getragen. Um das komplette Leistungsangebot aus einer Hand anbieten zu können, sind Agenturen für Arbeit und Kommunen in insgesamt 351 Arbeitsgemeinschaften (ARGE) zu zentralen Anlaufstellen zusammengefasst.³⁾ Überdies nutzen insgesamt 69 Kreise und kreisfreie Städte die Möglichkeit der kommunalen Trägerschaft, d. h. die alleinige Betreuung von ALG II-Empfängern.

**Gesetzes-
grundlage und
Finanzierung**

In 19 Kommunen werden die Aufgaben im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach wie vor in getrennter Trägerschaft wahrgenommen (Stand: Dezember 2006).

Seit Inkrafttreten zum Jahresbeginn 2005 wurde das SGB II mehrfach durch den Gesetzgeber reformiert. Dabei handelt es sich vorwiegend um Korrekturen, wie die Neuregelung der Ausgabenbelastung zwischen Bund und Kommunen, die Verschärfung von Sanktionsmöglichkeiten und Anspruchsvoraussetzungen, die Harmonisierung der Verwaltungsvorgänge und die Angleichung sowie Anhebung der pauschalen Regelsätze.

Wie oben bereits angesprochen, haben erwerbsfähige Hilfebedürftige im Alter von 15 bis unter 65 Jahren und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II, sofern sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten die Leistungen als ALG II, nicht erwerbsfähige als Sozialgeld. Als er-

**Anspruchs-
voraussetzungen**

3) Laut Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 20.12.2007 widerspricht die Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften dem Grundsatz eigenverantwortlicher Aufgabenwahrnehmung der kommunalen Träger und ist daher verfassungswidrig. Bis zu einer gesetzlichen Neuregelung (längstens bis zum 31.12.2010) bleibt die Norm jedoch anwendbar.

werbsfähig gilt, wer unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden pro Tag arbeiten kann.

Die Grundlage für die Berechnung der Leistungen nach dem SGB II ist wie bei der Sozialhilfe die sogenannte Bedarfsgemeinschaft. Zu einer Bedarfsgemeinschaft im Sinne des SGB II gehören:

Zusammensetzung der Bedarfsgemein- schaften

- die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen
- die im Haushalt lebenden Eltern oder der im Haushalt lebende Elternteil eines unverheirateten erwerbsfähigen Kindes, welches das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und der im Haushalt lebende Partner dieses Elternteils
- der nicht dauernd vom erwerbsfähigen Hilfebedürftigen getrennt lebende Ehegatte oder Lebenspartner
- die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, soweit sie die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen beschaffen können.

Die Höhe der Leistungen orientiert sich am Bedarf der Empfänger/-innen. Dabei wird unter Berücksichtigung der Freibetragsregelungen das vorhandene Einkommen und Vermögen der gesamten Bedarfsgemeinschaft angerechnet. Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst die Regelleistung, Leistungen für Unterkunft, Heizung und Sonderleistungen. Außerdem werden Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung abgeführt.

Die Regelleistung beinhaltet alle Bedarfe des täglichen Lebens, darunter fallen gemäß § 20 SGB II „Ernährung, Kleidung, Hausrat, Haushaltsenergie, sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben“. Ab dem 1. Juli 2007 wurde der so genannte Eckregelsatz (für Alleinstehende bzw. Haushaltsvorstände) bundeseinheitlich auf 347 Euro pro Monat festgelegt.⁴⁾ Jeder weiteren Person in der Bedarfsgemeinschaft ab 14 Jahren stehen 80 % des Eckregelsatzes zu (bundeseinheitlich 278 Euro), für Personen unter 14 Jahren wurden 60 % des Eckregelsatzes bundeseinheitlich festgelegt (208 Euro).

Höhe der Regel- sätze

Den Regelsätzen liegt das Prinzip der Pauschalierung zu Grunde. Dadurch sollen mit diesen Beträgen sogenannte „einmalige Leistungen“, die bis Jahresende 2004 im Rahmen der Sozialhilfe noch gewährt wurden (z. B. Ersatz für einen kaputten Kühlschrank), weitgehend abgegolten sein. Seit Jahresbeginn 2005 werden einmalige Leistungen nur noch für die Erstausrüstung einer Wohnung, die Erstausrüstung für Bekleidung (bei Schwangerschaft/Geburt) und mehrtägige Klassenfahrten anerkannt.

Geldleistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind zeitlich nicht begrenzt. Sie werden so lange bewilligt, wie Hilfebedürftigkeit vorliegt. Für die Statistiken der

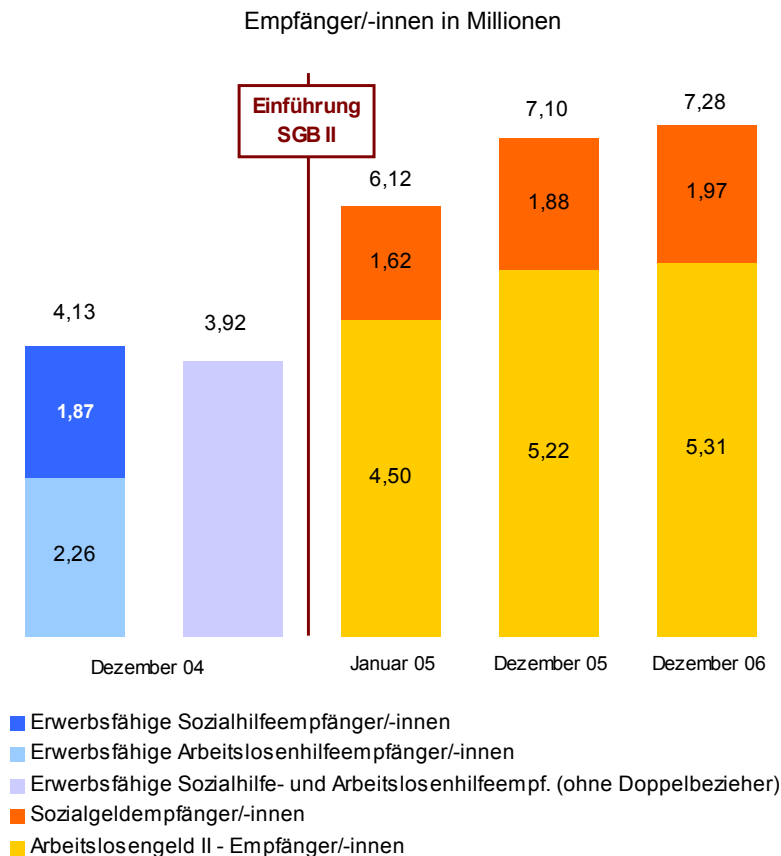
4) Der Regelsatz wird gem. § 20 Abs. 4 SGB II i. V. m. § 28 Abs. 3 Satz 4 SGB XII (und § 2 der Regelsatzverordnung) aus einer Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe abgeleitet und orientiert sich an den – gemessen an ihrem Nettoeinkommen – untersten 20 % der Ein-Personen-Haushalte. Nach § 20 Abs. 4 SGB II wird die Regelleistung jeweils zum 1. Juli eines Jahres um den Vorhundertssatz, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert, angepasst. Eine Neubemessung der Regelsätze ist jeweils nach Vorliegen der Ergebnisse einer neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (alle fünf Jahre) vorgesehen.

Grundsicherung für Arbeitsuchende ist nach § 53 SGB II die Bundesagentur für Arbeit zuständig.⁵⁾

Abbildung 12 veranschaulicht den Systemwechsel von der Sozial- und Arbeitslosenhilfe hin zur einheitlichen Grundsicherung für Arbeitsuchende. Ende 2004 waren etwa 1,87 Millionen Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren auf Sozialhilfe angewiesen. Die Zahl der Arbeitslosenhilfebezieher/-innen lag zum selben Zeitpunkt bei etwa 2,26 Millionen. Daneben schätzt die Statistik der Bundesagentur für Arbeit die Zahl der Doppelbezieher/-innen, deren Arbeitslosenhilfeleistungen durch Sozialhilfe aufgestockt wurde, auf rund 210 000 Personen. Insgesamt konnte Ende 2004 demnach von einem Empfängerpotenzial für die neue Grundsicherung für Arbeitsuchende von mindestens 3,92 Millionen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ausgegangen werden.⁶⁾

**Zusammenlegung
von Arbeitslosen-
und Sozialhilfe**

**Abbildung 12: Übergang von Sozial- und Arbeitslosenhilfe
zur Grundsicherung für Arbeitsuchende
Dezember 2004 bis Dezember 2006**



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Tatsächlich ausgezahlt wurde das neue Arbeitslosengeld II im Januar 2005 an 4,50 Millionen erwerbsfähige Hilfebedürftige. Damit liegt diese Größe etwa 15 % über dem geschätzten Empfängerpotenzial. Nach Analysen der Bundesagentur für Arbeit kann ein Großteil der Zunahme der Empfängerzahl dadurch erklärt werden,

5) Grundlagenberichte, die laufende monatliche Berichterstattung und vertiefende Sonderauswertungen veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit im Internet unter: <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/a.html>.

6) Vgl. Kaltenborn, Bruno: *Blickpunkt Arbeit und Wirtschaft*, Jg. 1, Nr. 1/2005 und Bundesagentur für Arbeit: „Der Übergang von der Arbeitslosen- und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitsuchende“, Sonderbericht August 2005.

dass im neuen System der Grundsicherung erstmals auch Angehörige ehemaliger Arbeitslosenhilfebezieher/-innen – wie z. B. Ehepartner und Kinder – leistungsgerechtlich wie statistisch erfasst werden.

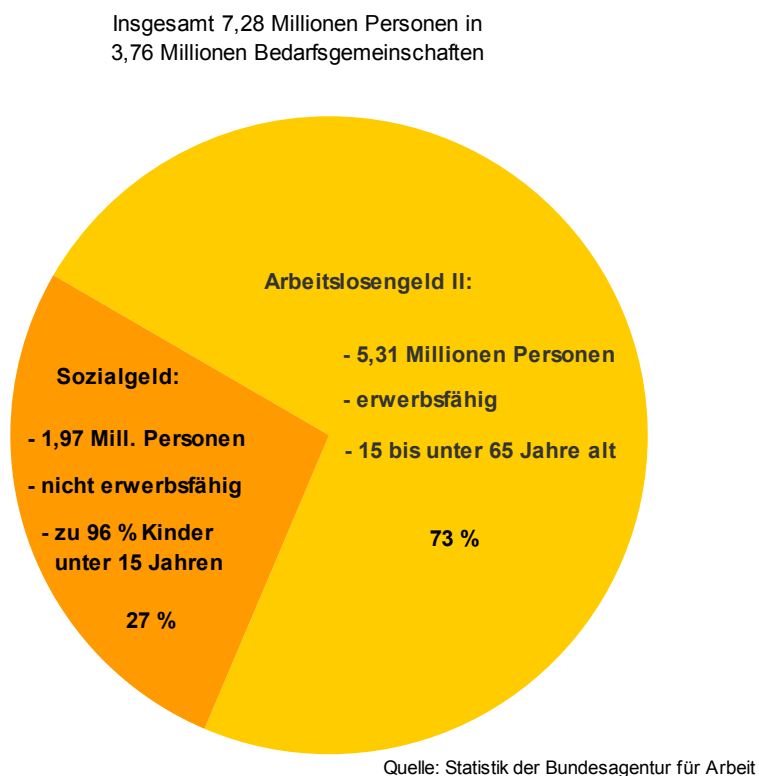
Des Weiteren wird vermutlich die neue Leistung im Gegensatz zur früheren Sozialhilfe von einem größeren Teil der Berechtigten auch tatsächlich in Anspruch genommen.⁷⁾

Mit der Einführung des SGB II sind jedoch auch neue Anspruchsvoraussetzungen definiert worden. Nichterwerbsfähige Angehörige von ALG II-Empfänger/-innen können jetzt das neue Sozialgeld beziehen, sofern die Bedingungen einer Bedarfsgemeinschaft erfüllt werden (siehe oben). Im Januar 2005 belief sich die Zahl der Sozialgeldempfänger/-innen auf 1,62 Millionen. Insgesamt wurden im Januar 2005 rund 6,12 Millionen Empfänger/-innen von Grundsicherung für Arbeitsuchende statistisch erfasst.

Bis zum Jahresende 2006 war ein weiterer Anstieg der Zahl der Leistungsbezieher/-innen um 19 % auf 7,28 Millionen Personen zu verzeichnen. In Abbildung 13 sind die beiden Empfängergruppen der SGB II-Leistungen zum Jahresende 2006 dargestellt.

Anstieg der Empfängerzahlen zwischen 2005 und 2006 um 19 %

Abbildung 13: Empfängergruppen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II am Jahresende 2006

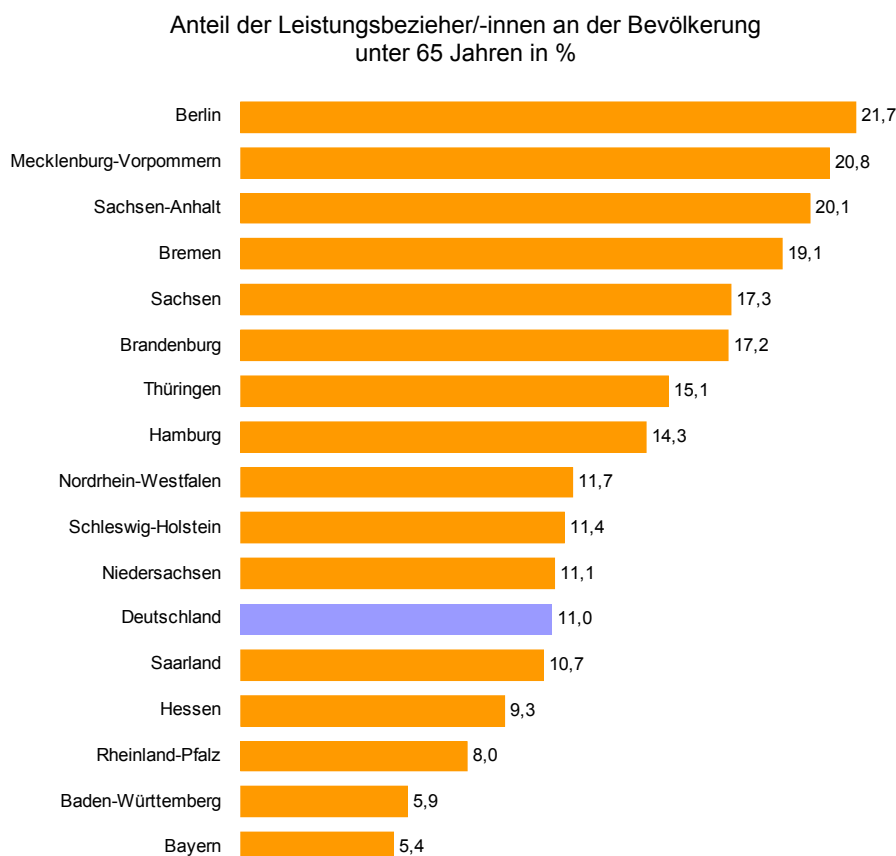


7) Vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit: „Der Übergang von der Arbeitslosen- und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitsuchende“, Sonderbericht August 2005.

Betrachtet man die Quoten der Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II auf Ebene der Bundesländer (siehe Abbildung 14), so fällt auf, dass in den Stadtstaaten und den neuen Ländern deutlich mehr Personen auf diese Sozialleistung angewiesen waren als in den westdeutschen Flächenländern. Die höchste Quote war am Jahresende 2006 mit 21,7 % in Berlin festzustellen. Deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 11 % lagen zudem die Stadtstaaten Bremen und Hamburg sowie alle ostdeutschen Bundesländer. Die Bezugsquoten in den westdeutschen Flächenländern beliefen sich auf Werte zwischen 5,4 % in Bayern und 11,7 % in Nordrhein-Westfalen.

**Höchste SGB II-
Bezugsquote in
Berlin**

**Abbildung 14: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II
am Jahresende 2006 nach Ländern**



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Insgesamt verteilten sich die 7,28 Millionen Leistungsempfänger/-innen auf 3,76 Millionen Bedarfsgemeinschaften. Die meisten Bedarfsgemeinschaften bestanden aus nur einer Person (52 % bzw. 1,96 Millionen Bedarfsgemeinschaften). Die durchschnittliche Bedarfsgemeinschaftsgröße lag bei 1,9 Personen. In ungefähr jeder dritten Bedarfsgemeinschaft lebten Kinder unter 15 Jahren (West: 34 %; Ost: 27 %). Als kinderreich können etwa 4 % aller Bedarfsgemeinschaften bezeichnet werden. In ihnen wohnten drei oder mehr Kinder unter 15 Jahren.

Unter den 7,28 Millionen registrierten Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II befanden sich nach Angaben der Statistik der Bundesagentur für Arbeit am Jahresende 2006 etwa 1,34 Millionen Ausländer/-innen. Bezogen auf die ausländische Bevölkerung unter 65 Jahren entspricht dies einer Quote von knapp 20 %. Somit war jeder fünfte in Deutschland lebende Ausländer in dieser Altersklasse auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen. Deutsche erhielten dagegen mit einer Bezugsquote von rund 10 % deutlich seltener Leistungen des SGB II. Die Bezugs-

**Ausländer/-innen
deutlich häufiger auf
SGB II-Leistungen
angewiesen als
Deutsche**

quote von ausländischen Leistungsempfänger/-innen war am Jahresende 2006 in den neuen Bundesländern mit rund 23 % höher als im alten Bundesgebiet. Dort lag sie bei knapp 19 %.

Nicht erwerbsfähig: Empfänger/-innen von Sozialgeld

Wie oben bereits angesprochen, erhalten nicht erwerbsfähige Familienangehörige von ALG II-Empfängern das sogenannte „Sozialgeld“. Am Jahresende 2006 wurden 1,97 Millionen Sozialgeldempfänger/-innen registriert. Der Anteil an allen Hartz-IV-Empfängern liegt damit bei 27 % (siehe Abbildung 13). Mit 1,9 Millionen Personen bestand diese Gruppe zu 96 % aus Kindern unter 15 Jahren. Der Kinderanteil an allen Bezieher/-innen von Hartz-IV-Leistungen lag im Bundesdurchschnitt bei 26 %. In den neuen Ländern war er mit 22 % niedriger als in den alten Bundesländern (28 %). Damit bezogen fast 17 % aller in Deutschland lebenden Kinder unter 15 Jahren Leistungen nach dem SGB II. Besonders häufig waren Kinder in den neuen Bundesländern und in den Stadtstaaten auf diese Sozialleistung angewiesen (siehe Tabelle 3).

**1,9 Millionen Kinder
unter 15 Jahren auf
Sozialgeld angewiesen**

Tabelle 3: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II bezogen auf die jeweilige Bevölkerung am Jahresende 2006 nach Ländern

Land	Nicht erwerbsfähige Leistungsbezieher/- innen unter 15 Jahren	Erwerbsfähige Leis- tungsbezieher/-innen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren	Leistungsbezieher/ -innen nach dem SGB II insgesamt (0 bis unter 65 Jahre)
	in %		
Baden-Württemberg	9,2	5,0	5,9
Bayern	8,3	4,7	5,4
Berlin	37,1	18,9	21,7
Brandenburg	26,2	15,5	17,2
Bremen	32,0	16,3	19,1
Hamburg	24,0	12,3	14,3
Hessen	14,9	7,9	9,3
Mecklenburg-Vorpommern .	33,1	18,8	20,8
Niedersachsen	16,8	9,6	11,1
Nordrhein-Westfalen	17,8	10,2	11,7
Rheinland-Pfalz	12,7	6,9	8,0
Saarland	16,9	9,4	10,7
Sachsen	27,5	15,6	17,3
Sachsen-Anhalt	32,9	18,1	20,1
Schleswig-Holstein	17,2	9,9	11,4
Thüringen	25,8	13,4	15,1
Deutschland	16,6	9,7	11,0

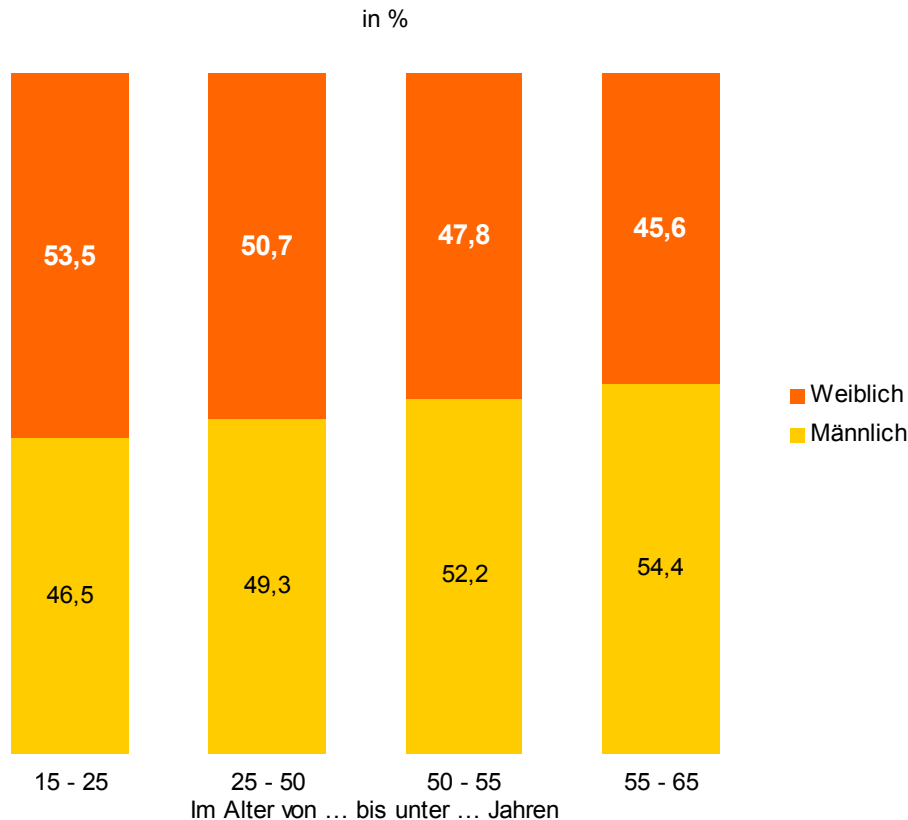
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Erwerbsfähig: Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld II (ALG II)

Etwa 5,31 Millionen der insgesamt 7,28 Millionen Empfänger/-innen waren am Jahresende 2006 erwerbsfähig. Das entspricht 73 % aller Empfänger/-innen von Hartz IV-Leistungen (siehe Abbildung 13). Diese Personengruppe erhielt ALG II. Männer und Frauen bezogen diese Leistung etwa zu gleichen Anteilen. Zur differenzierten

Betrachtung der Geschlechterverteilung können unterschiedliche Altersklassen gebildet werden und zwar eine Altersklasse, die den Beginn des Erwerbslebens abbildet (15 bis unter 25 Jahre), eine vergleichsweise lange „mittlere“ Altersklasse (25 bis unter 50 Jahre) und zwei weitere Altersklassen, die das Ende des Erwerbslebens darstellen. Es fällt auf, dass der Anteil der Männer an den Leistungsbeziehern mit steigendem Alter deutlich wächst (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Empfänger/-innen von ALG II am Jahresende 2006 nach Altersklassen und Geschlecht



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Lag der Männeranteil bei den „Berufseinsteigern“ unter den ALG II-Empfängern noch bei knapp 47 %, so betrug er bei denen, die kurz vor dem Ende ihres Erwerbslebens standen, ungefähr 54 %.

Wesentlich deutlicher fällt der Unterschied zwischen Männern und Frauen bei den alleinerziehenden ALG II-Empfängern aus. Von den insgesamt ca. 611 000 Alleinerziehenden waren 94 % weiblich. In der Altersgruppe der unter 25-Jährigen, in der knapp 69 000 Alleinerziehende statistisch erfasst wurden, betrug ihr Anteil sogar 98,5 %.

Mit der Reform des sozialen Sicherungssystems zum Jahresbeginn 2005 war vornehmlich das Ziel verknüpft, Arbeitslosigkeit – insbesondere strukturelle und lang andauernde Arbeitslosigkeit – in Deutschland zu bekämpfen. Die Grundsicherung für Arbeitsuchende ist folglich darauf ausgerichtet, den Bedürftigen die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt soweit möglich zu erleichtern. Doch nicht jeder erwerbsfähige Hilfebedürftige ist gleichzeitig auch arbeitslos gemeldet und steht dem

In der Altersklasse ab 55 Jahren mehr Männer von ALG II abhängig als Frauen

Nur knapp die Hälfte der ALG II-Empfänger/-innen war arbeitslos gemeldet

Arbeitsmarkt zur Verfügung.⁸⁾ Von den Ende 2006 registrierten 5,31 Millionen erwerbsfähigen ALG II-Empfänger/-innen waren mit 2,48 Millionen Personen nur knapp die Hälfte (47 %) tatsächlich arbeitslos gemeldet.⁹⁾ Die anderen erwerbsfähigen Leistungsempfänger/-innen waren entweder erwerbstätig, gingen noch zur Schule bzw. absolvierten eine Ausbildung, nahmen an Eingliederungs- bzw. Qualifizierungsmaßnahmen teil oder standen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen bzw. wichtiger familiärer Gründe dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung.

Nach Berechnungen der Statistik der Bundesagentur für Arbeit erzielten im Januar 2007 etwa 20 % der ALG II-Empfänger/-innen (das entspricht 1,09 Millionen Leistungsbeziehern¹⁰⁾ gleichzeitig ein eigenes Erwerbseinkommen.¹¹⁾ Das durchschnittliche Bruttoeinkommen dieser Personengruppe lag bei etwa 617 Euro je Monat. Differenziert man die Einkünfte dieser Personengruppe in unterschiedliche Klassen, so ist festzustellen, dass von den rund 1,09 Millionen ALG II-Empfänger/-innen mit Erwerbseinkommen lediglich knapp die Hälfte mehr als 400 Euro brutto je Monat verdiente (536 000 Personen); die andere Hälfte der Leistungsbezieher/-innen (51 %) war geringfügig beschäftigt und verdiente weniger als 400 Euro monatlich. In dieser letzten Gruppe werden Leistungen aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende ergänzt, ohne dass dadurch prinzipiell der Arbeitslosenstatus beendet wird. Bei Einkommen über 400 Euro lässt sich die Perspektive zunehmend umdrehen in dem Sinne, dass das Einkommen aus Erwerbstätigkeit nicht ausreicht, um für sich selbst oder die Bedarfsgemeinschaft den Lebensunterhalt zu sichern, und somit durch die Grundsicherung für Arbeitsuchende „aufgestockt“ werden muss.

**Etwa 1 Million der
ALG-II-Empfänger/
-innen bezog
Erwerbseinkommen**

Entwicklung der Arbeitslosenzahlen nach Einführung des SGB II

In den ersten beiden Jahren nach Einführung des SGB II ist die Arbeitslosigkeit in Deutschland spürbar gesunken (Abbildung 16). Die Umstrukturierung der sozialen Sicherungssysteme ging Anfang 2005 jedoch zunächst mit einem deutlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit einher. Waren im Dezember 2004 etwa 4,46 Millionen Menschen arbeitslos, stieg ihre Zahl im Januar 2005 unmittelbar nach der Umstellung um etwa 575 000 Personen oder 11,4 % auf rund 5 Millionen an (siehe Abbildung 16).

8) Vgl. hierzu Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Grundsicherung für Arbeitsuchende: Anrechenbare Einkommen und Erwerbstätigkeit, August 2007. Weitere Informationen können dem Online-Angebot der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden.

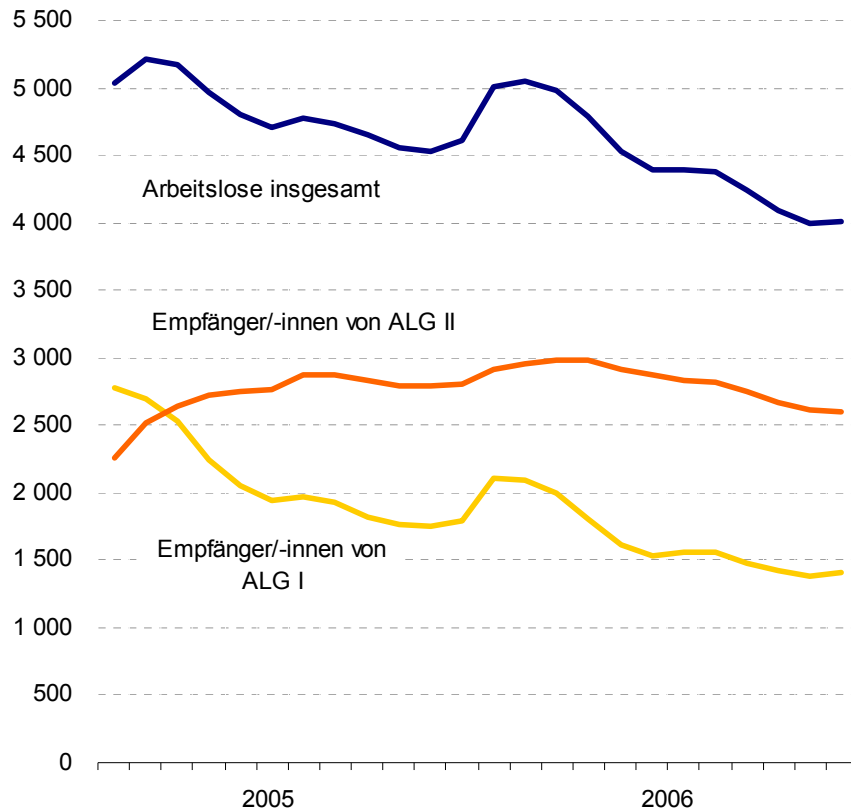
9) Vgl. hierzu Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Analyse der Grundsicherung für Arbeitsuchende, April 2008. Anmerkung: Die Angaben zu den arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (ALG II-Empfänger/-innen) weichen von den Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II ab (etwa um 4%), da wegen nachträglicher Änderungen im Leistungsstatus und kurzzeitigen Leistungsunterbrechungen (ohne Rechtskreiswechsel) nicht alle in der Arbeitslosenstatistik zum Stichtag erfassten Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II auch Leistungsempfänger/-innen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind. Siehe hierzu auch den Methodenbericht der Bundesagentur für Arbeit: Zur Messung der Arbeitslosigkeit in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II.

10) Es gibt auch Personen in der Grundsicherung, die keine Leistungen beziehen, aber als Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft weiter als Hilfebedürftige gezählt werden. Die hier verwendeten Daten berücksichtigen nur Personen, die Leistungen erhalten.

11) Anmerkung: Nachdem die Bundesagentur für Arbeit für den September 2005 entsprechende Daten veröffentlicht hatte, konnte sie längere Zeit keine detaillierten Daten zu den Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Rahmen des SGB II vorlegen. Dies ist ab dem Berichtsmonat Januar 2007 wieder möglich. Die hier verwendeten Zahlen stammen – wenn nicht anders angegeben – aus: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: „Grundsicherung für Arbeitsuchende: Anrechenbare Einkommen und Erwerbstätigkeit“, August 2007.

Abbildung 16: Arbeitslosigkeit in Deutschland seit Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende

in 1 000



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Analysen der Bundesagentur für Arbeit zur Folge beruht der unerwartet hohe Sprung der Arbeitslosenzahl zu einem großen Teil auf einem statistischen Effekt, dem sogenannten Hartz IV-Effekt.¹²⁾ Personen, die 2004 noch weit überwiegend der „Stillen Reserve“ des Arbeitsmarktes zugeordnet waren, wurden mit der Umstrukturierung erstmals statistisch als arbeitslos erfasst. Mit „Stiller Reserve“ sind die Personen gemeint, die zwar faktisch arbeitslos, jedoch nicht als solche bei einer Arbeitsagentur gemeldet waren. Die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende hatte zur Folge, dass sich in größerem Umfang ehemalige erwerbsfähige Sozialhilfebezieher/-innen arbeitslos melden mussten, um ihre Ansprüche auf Transferleistungen nicht zu verlieren. Früher ist die Arbeitslosmeldung in einer Agentur für Arbeit häufig unterblieben oder wurde nicht erneuert. Außerdem mussten sich aufgrund des Bedarfsgemeinschaftsprinzips auch nicht erwerbstätige Partner/-innen und Angehörige von ehemaligen Arbeitslosenhilfebezieher/-innen arbeitslos melden, wenn ihnen Arbeit zuzumuten war. Wegen zeitverzögerter Erfassung verteilte sich die Umstellung auf mehrere Monate. Insgesamt schätzt die Bundesagentur für Arbeit, dass die Zahl der Arbeitslosen im Jahr 2005 allein durch den „Hartz IV-Effekt“ jahresdurchschnittlich um 380 000 Personen angestiegen ist. Im Februar desselben Jahres erreichte die Arbeitslosenzahl ihren

12) Vgl. hierzu: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt 2005.

Höhepunkt mit 5,2 Millionen Personen. Abgesehen von einem erneuten Anstieg in den Wintermonaten 2005/2006 sank die Arbeitslosenzahl insgesamt bis zum Jahresende 2006 deutlich auf etwa 4 Millionen arbeitslos gemeldete Personen ab.

Die Reduzierung der Arbeitslosigkeit ist vor allem auf das Sinken der Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld I zurückzuführen (siehe Abbildung 16). Die Bundesagentur für Arbeit begründet diese Entwicklung mit der größeren Arbeitsmarktnähe der Bezieher/-innen von Arbeitslosengeld I. So profitierten diese Leistungsbezieher/-innen eher von einem konjunkturellen Aufschwung als die Empfänger/-innen von ALG II. In der Gruppe der ALG II-Empfänger/-innen sind häufig Langzeitarbeitslose vertreten. Als langzeitarbeitslos gilt, wer zum jeweiligen Stichtag ein Jahr oder länger arbeitslos gemeldet war (§18 SGB III).

Darüber hinaus wurden unter den ALG II-Empfänger/-innen deutlich mehr Ausländer/-innen und deutlich mehr Geringqualifizierte registriert als bei den ALG I-Empfänger/-innen. Im Zusammenhang mit einer lang andauernden Arbeitslosigkeit wirkt sich dies erschwerend für die Aufnahme einer Beschäftigung aus.

Ausgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Ausgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende lassen sich in sogenannte „passive Leistungen“, Eingliederungsleistungen und Verwaltungskosten unterteilen.

Unter „passiven Leistungen“ sind Ausgaben zu verstehen, die unmittelbar für die Sicherung des Lebensunterhalts aufgebracht werden müssen. Dazu zählen die Regelleistungen, die Kosten für Unterkunft und Heizung, Sozialversicherungsbeiträge, eventuell anfallende Mehrbedarfzuschläge, ggf. befristete Zuschläge nach vorherigem Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III, sowie einmalige Leistungen z. B. für die Erstausrüstung einer Wohnung oder für mehrtägige Klassenfahrten. Die passiven Ausgaben für Leistungen nach dem SGB II betrugen 2005 rund 37,3 Milliarden Euro. Im Jahr 2006 lagen sie bei etwa 40,5 Milliarden Euro. Damit stellen die passiven Leistungen die mit Abstand größte Ausgabenposition der Grundsicherung für Arbeitsuchende dar.

Tabelle 4: Ausgabenentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende von 2005 bis 2006

Ausgabenart	2005	2006	Veränderung 2005 zu 2006
	Mrd. EUR		in %
Passive Leistungen	37,3	40,5	+ 8,5
Eingliederungsleistungen	3,6	4,5	+ 24,2
Verwaltungskosten	3,1	3,6	+ 16,4
Insgesamt	44,4	49,0	+ 10,4

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, SGB II-Jahresbericht 2006, S. 27

Die Eingliederungsleistungen sind Kosten für Maßnahmen, die dazu beitragen, erwerbsfähige Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II wieder in den

Arbeitsmarkt zu integrieren. Dazu zählen beispielsweise die Förderung von beruflicher Weiterbildung, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Beratungs- und Vermittlungsleistungen etc. Für Eingliederungsleistungen sind im Jahr 2005 rund 3,6 Milliarden Euro investiert worden, im Jahr 2006 lag die entsprechende Summe bei 4,5 Milliarden Euro.

Zu den Verwaltungskosten zählen insbesondere die Ausgaben für Personal- und Sachkosten. Sie lagen 2005 bei 3,1 Milliarden Euro und 2006 bei 3,6 Milliarden Euro.

4.2 Sozialhilfe nach dem SGB XII

Zum 1. Januar 2005 wurde das Sozialhilferecht reformiert und im Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) neu geregelt. Das bis dahin geltende Bundessozialhilfegesetz wurde gleichzeitig außer Kraft gesetzt. In diesem Zusammenhang haben sich zwei entscheidende Veränderungen im Sozialhilferecht ergeben:

**Entscheidende
Veränderungen
im Sozialhilferecht
durch Inkrafttreten
von Hartz IV**

Zum einen erhalten seit Inkrafttreten des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt („Hartz IV“) ab dem 1. Januar 2005 bisherige Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, die grundsätzlich erwerbsfähig sind, sowie deren im selben Haushalt lebende Familienangehörige Leistungen nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (siehe Kapitel 4.1). Dieser Personenkreis wird ab 2005 daher nicht mehr in der Sozialhilfestatistik nachgewiesen. Die Hilfe zum Lebensunterhalt hat durch Einführung von Hartz IV die aus statistischer Sicht gravierendsten Veränderungen innerhalb des Sozialhilferechts erfahren. Der Rückgang der Empfängerzahlen dieser Sozialleistung, die ehemals politisch und wissenschaftlich im Fokus der Armutsdiskussion stand, betrug gegenüber 2004 rund 97 %.¹³⁾

Zum anderen wurde das zum Jahresbeginn 2003 in Kraft getretene „Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ nahezu unverändert in das SGB XII eingeordnet. Diese Leistung erhalten Personen ab 65 Jahren sowie dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen ab 18 Jahren, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln aufbringen können. Die Empfänger/-innen sowie die mit dieser Hilfeleistung verbundenen Ausgaben werden ab dem Jahr 2005 im Rahmen der Sozialhilfestatistik nachgewiesen. In den Jahren 2003 und 2004 sind diese Zahlen noch in einer eigenständigen Statistik erfasst worden (siehe Kapitel 3.2).

**Eingliederung des
Grundsicherungsgesetzes ins SGB XII**

Die „originäre“ Sozialhilfe, also Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, erhalten seit dem 1. Januar 2005 nur noch die nicht erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln (z. B. Vermögen) oder durch Leistungen anderer Sozialleistungsträger decken können. Dazu gehören zum Beispiel vorübergehend Erwerbsunfähige, längerfristig Erkrankte oder Vorruhestandsrentner mit niedriger Rente. Kinder zählen nicht mehr sehr häufig zu den Sozialhilfeempfängern. Sie erhalten seit Jahresbeginn 2005 bei Bedürftigkeit Leistungen nach dem SGB II, sofern sie mit einer erwerbsfähigen Person in einer Bedarfsgemeinschaft zusammen leben. Ist dies jedoch nicht der Fall, dann erhalten sie Leistungen der Sozialhilfe.

13) Bezogen auf die Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (bis Ende 2004 sog. „Sozialhilfe im engeren Sinne“).

4.2.1 Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kap. SGB XII)

Zum Jahresende 2006 erhielten in Deutschland nur noch 82 000 Personen Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen. Der Anteil der Hilfebezieher/-innen an der Bevölkerung lag damit bei 0,1 %. Wie oben bereits angesprochen, ging die Zahl der Empfänger/-innen infolge des zum 1. Januar 2005 in Kraft getretenen SGB II drastisch zurück. Ende 2004, also unmittelbar vor Inkrafttreten des SGB II, hatten noch rund 2,9 Millionen Personen oder 3,5 % der Bevölkerung diese Art der Sozialhilfe bezogen (siehe Kapitel 3.2).

Drastischer Rückgang der Sozialhilfeempfänger/-innen durch Hartz IV

Rund 70 000 oder 86 % der 82 000 Hilfebezieher/-innen außerhalb von Einrichtungen waren Deutsche, 12 000 oder 14 % waren ausländische Mitbürger/-innen. Die Empfängerdichte von Ausländern (1,6 Hilfebezieher/-innen je 1 000 Einwohner) lag höher als die der Deutschen (0,9 Hilfebezieher je 1 000 Einwohner). Die Untergliederung bei ausländischen Hilfeempfänger/-innen zeigt, dass 17 % aus Staaten der Europäischen Union kamen, weitere 13 % waren Asylberechtigte und 2 % Bürgerkriegsflüchtlinge. Der mit 68 % größte Anteil entfiel auf den Personenkreis „sonstige Ausländer“, welcher in der Statistik nicht detaillierter untergliedert ist.

Höhere Empfänger-dichte bei Ausländern und Ausländerinnen

Etwas mehr als die Hälfte der Leistungsempfänger (50,4 %) war männlich. Mit Blick auf die Altersklassen lässt sich feststellen, dass rund 19 % der Empfänger/-innen Kinder im Alter von unter 18 Jahren waren, knapp 76 % der Empfänger/-innen waren im Alter von 18 bis unter 65 Jahren. Gut 5 % der Empfänger waren 65 Jahre und älter.

Im Osten Deutschlands (ohne Berlin) lag die Empfängerdichte mit 0,8 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohnern leicht unterhalb der Dichte für den Westen (1,0 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner; ohne Berlin). Im Westen lässt sich wie in den Vorjahren auch 2006 ansatzweise ein Nord-Süd-Gefälle bei den Sozialhilfedichten feststellen, d. h. höhere Dichten im Norden und der Mitte Deutschlands und niedrigere Dichten im Süden (mit Ausnahme des Saarlandes). Unter den Flächenländern wiesen Schleswig-Holstein (1,7 je 1 000 Einwohner) und Hessen (1,5 je 1 000 Einwohner) die höchsten Empfängerdichten auf.

Geringere Empfänger-quote im Osten

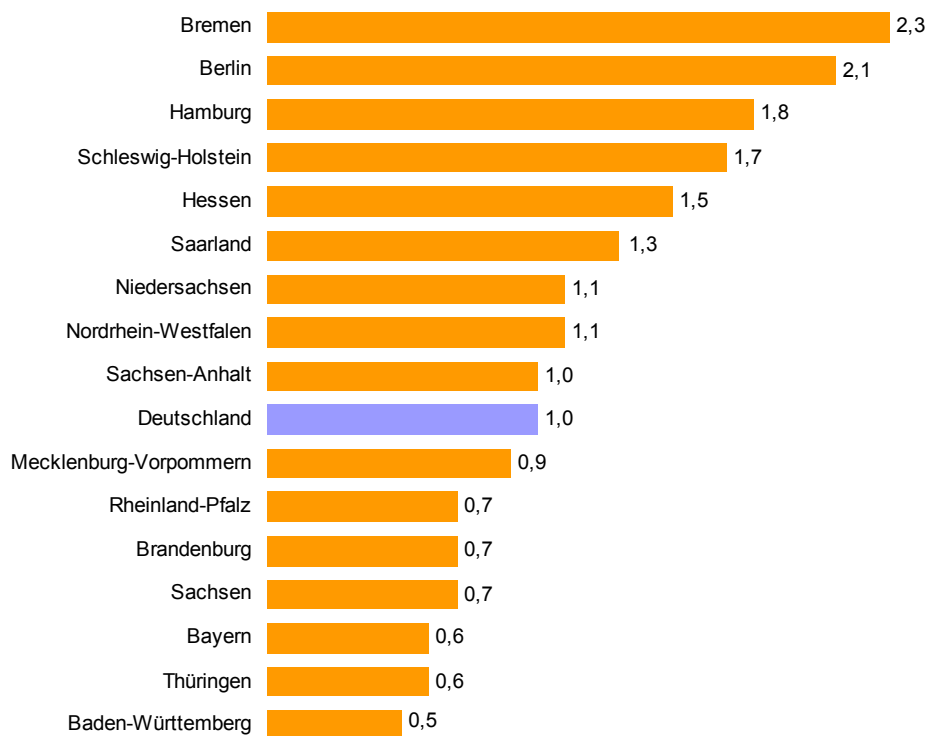
Die niedrigsten Dichten verzeichneten Baden-Württemberg (0,5 je 1 000 Einwohner) und Bayern (0,6 je 1 000 Einwohner). Die höchste Empfängerdichte gab es – wie in den Vorjahren – auch Ende 2006 in den Stadtstaaten Bremen (2,3 je 1 000 Einwohner) und Berlin (2,1 je 1 000 Einwohner). Im Osten lag die Empfängerdichte in Thüringen mit 0,6 Empfängern je 1 000 Einwohner am niedrigsten; in Sachsen-Anhalt war sie mit 1,0 je 1 000 Einwohner am höchsten (siehe Abbildung 17).

Höchste Empfänger-quoten in den Stadtstaaten

Die rund 82 000 Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen lebten in 73 000 Bedarfsgemeinschaften; die durchschnittliche Anzahl der Empfänger/-innen pro Bedarfsgemeinschaft lag damit bei 1,1. Knapp drei Viertel der Bedarfsgemeinschaften (74 %) waren Einpersonenhaushalte. Etwa 15 % entfielen auf Zweipersonenhaushalte, die restlichen 11 % waren Haushalte mit drei und mehr Personen.

Abbildung 17: Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am Jahresende 2006 nach Ländern

je 1 000 Einwohner



Die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen wird im Wesentlichen in Form von Regelsätzen, ggf. Mehrbedarfzuschlägen und durch die Übernahme der Unterkunftskosten einschließlich der Heizkosten gewährt; darüber hinaus können auch Beiträge zur Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Alterssicherung übernommen werden. Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts sind bei dieser Art der Sozialhilfe identisch mit den entsprechenden Leistungen nach dem SGB II (siehe Kapitel 4.1). Die Summe der genannten Bedarfspositionen für den Haushaltsvorstand und dessen Haushaltsangehörige ergibt den Bruttobedarf eines Haushalts. Zieht man hiervon das angerechnete Einkommen ab, erhält man den tatsächlich ausbezahlten Nettoanspruch. Im Durchschnitt errechnete sich für eine Sozialhilfe-Bedarfsgemeinschaft außerhalb von Einrichtungen zum Jahresende 2006 ein monatlicher Bruttobedarf von 643 Euro, wovon allein rund ein Drittel auf die Kaltmiete entfiel. Unter Berücksichtigung des angerechneten Einkommens in Höhe von durchschnittlich 219 Euro wurden pro Bedarfsgemeinschaft im Schnitt 424 Euro – also etwa zwei Drittel des Bruttobedarfs – monatlich ausbezahlt.

Die Sozialhilfe-Bedarfsgemeinschaften bezogen in mehr als der Hälfte der Fälle (58 %) ein oder mehrere Einkommen, die ganz oder zum Teil auf die Sozialhilfe angerechnet wurden. Eine wesentliche Rolle spielten dabei die Rente wegen Er-

werbsminderung mit 35 %, das Kindergeld mit 30 % sowie die Altersrente (24 %).¹⁴⁾

Die Bruttoausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen beliefen sich im Jahr 2006 auf 502 Millionen Euro (Nettoausgaben: 256 Millionen Euro). Im Jahr 2004, also vor Inkrafttreten von „Hartz IV“, wurden brutto noch 9,8 Milliarden Euro für diese Hilfeart ausgegeben.

Durch Hartz IV deutlich geringere Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Neben den Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen gab es etwa 224 000 Personen, die am Jahresende 2006 Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Einrichtung erhielten, z. B. in Wohn- oder Pflegeheimen. Gegenüber dem Jahresende 2004 hat sich die Zahl der Empfänger/-innen dieser Hilfeleistung aufgrund gesetzlicher Änderungen damit mehr als vervierzehnfacht: So wurden bis Ende 2004 auch die Kosten des reinen Lebensunterhalts in einer Einrichtung (Unterkunft, Verpflegung, etc.) im Rahmen der stationären Leistung oder Maßnahme (zum Beispiel Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege) als Bedarf anerkannt. Seit 2005 werden der Lebensunterhalt und die Maßnahmen für diesen Personenkreis jeweils als separate Leistungen bewilligt. Dadurch werden behinderte und pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen nun auch in der Statistik über die Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt erfasst, sofern sie diesen Bedarf nicht durch Renteneinkünfte oder in anderer Weise decken können.

Die Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen werden in diesem Bericht aus statistischen Gründen nicht in die Gesamtzahl der Mindestsicherungsbezieher/-innen einbezogen, da es andernfalls zu Überschneidungen und Doppelzählungen mit den bereits darin enthaltenen Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Einrichtungen kommen würde (nahezu deckungsgleicher Personenkreis).

4.2.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kap. SGB XII)

Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch wurde neben dem Bundessozialhilfegesetz unter anderem auch das Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mit Wirkung vom 1. Januar 2005 als viertes Kapitel in das SGB XII „Sozialhilfe“ integriert. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben sich durch diese Gesetzesänderung im Wesentlichen nicht verändert. Somit sind die statistischen Ergebnisse nach Jahresbeginn 2005 mit denen aus den Vorjahren weiterhin vergleichbar (siehe Kap. 4.2).

Trotz Gesetzesänderung Statistiken weiterhin vergleichbar

Am Jahresende 2006 erhielten in Deutschland rund 682 000 Personen Leistungen der „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“. Das sind 52 000 mehr als im Vorjahr. Der Anstieg zwischen den Jahren 2005 und 2006 lag damit bei 8,2 %. Ende 2006 waren in Deutschland somit 1,0 % der Menschen ab 18 Jahren auf Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII angewiesen.

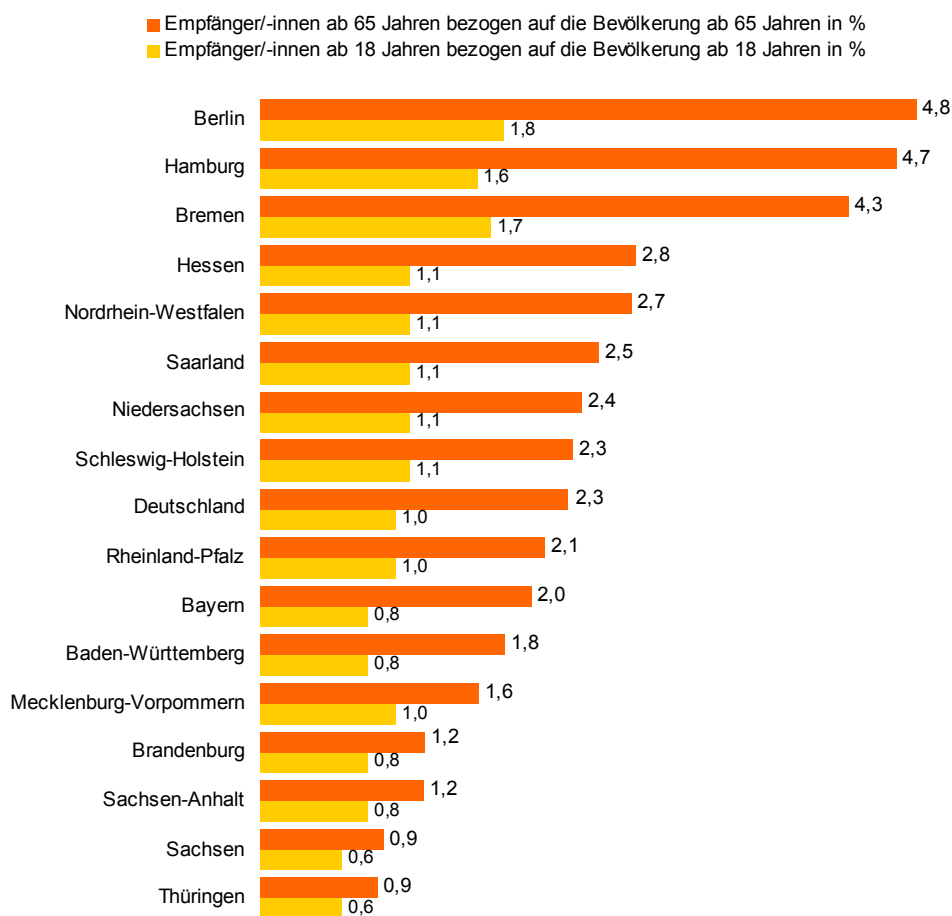
Wie schon in den Vorjahren zeigte sich auch 2006 eine höhere Inanspruchnahme dieser Sozialhilfeleistung im früheren Bundesgebiet (ohne Berlin): Hier lag die Quote der Grundsicherungsempfänger/-innen ab 18 Jahren bei 1,0 %, während sie in den neuen Ländern 0,7 % betrug. Die höchsten Bezugsquoten wiesen die

Höhere Inanspruchnahme im Westen Deutschlands

¹⁴⁾ Grundsätzlich werden sämtliche im Haushalt vorkommenden Einkommensarten erfasst, die in die Sozialhilfe-Bedarfsberechnung einbezogen werden, d. h. Mehrfachangaben sind zulässig.

Stadtstaaten Berlin (1,8 %), Bremen (1,7 %) und Hamburg (1,6 %) auf, die niedrigsten Thüringen und Sachsen (je 0,6 %) (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Jahresende 2006 nach Ländern



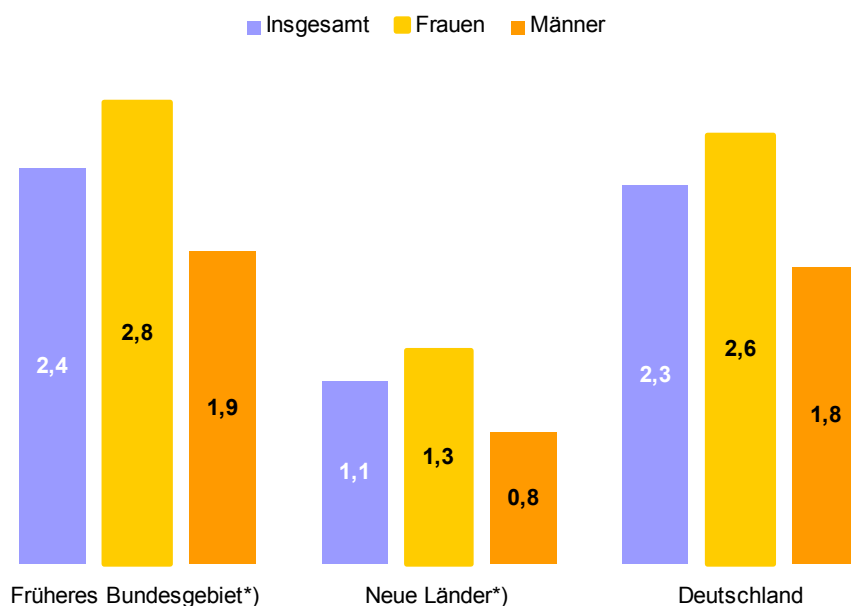
Von den insgesamt 682 000 Grundsicherungsempfänger/-innen waren rund 311 000 Personen oder 46 % im Alter von 18 bis unter 65 Jahren und erhielten diese Leistung aufgrund einer dauerhaft vollen Erwerbsminderung. Diese Menschen werden auch künftig dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraussichtlich nicht mehr zur Verfügung stehen. 371 000 Personen oder 54 % der Empfänger/-innen waren 65 Jahre und älter. Damit konnten Ende 2006 2,3 % aller Personen dieser Altersgruppe ihren Lebensunterhalt nur mit Hilfe von Grundsicherungsleistungen abdecken. Die Quote der ab 65-jährigen Empfänger/-innen hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht (2005: 2,2 %).

Betrachtet man ausschließlich die älteren Grundsicherungsbezieher/-innen ab 65 Jahren, fallen neben den Ost-West-Differenzen insbesondere auch geschlechtsspezifische Unterschiede auf: So bezogen Ende 2006 in Deutschland 2,6 % aller Frauen im Rentenalter Grundsicherungsleistungen, bei den Männern waren es dagegen 1,8 %. Während im früheren Bundesgebiet 2,8 % der Frauen im Rentenalter Grundsicherungsleistungen erhielten, waren es in den neuen Ländern lediglich 1,3 %. Bei den Männern im Rentenalter lag die Bezugsquote bei 1,9 % im früheren Bundesgebiet bzw. 0,8 % in den neuen Ländern (siehe Abbildung 19).

Frauen im Rentenalter stärker auf Grundsicherung angewiesen als Männer

Abbildung 19: Empfänger/-innen von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 65 Jahren am Jahresende 2006

Anteil an der jeweiligen Bevölkerung in %



*) Ohne Berlin.

Ursache für geringere Grundsicherungsquoten der älteren Personen in den ost-deutschen Bundesländern könnte die höhere Erwerbsbeteiligung – vor allem auch der Frauen – in der ehemaligen DDR sein. Dies führte zu höheren Rentenansprüchen, die meist zur Sicherung des Lebensunterhalts im Alter ausreichen. Als weitere mögliche Ursachen für geringere Bezugsquoten in Ostdeutschland kommen ein niedrigerer Ausländeranteil sowie ein geringeres Mietenniveau als im Westen der Bundesrepublik in Betracht.

Der Anteil der ausländischen Mitbürger/-innen an der Gesamtzahl der Empfänger/-innen von Grundsicherungsleistungen lag Ende 2006 bei 14 %. Betrachtet man den Anteil der Empfänger/-innen von Grundsicherungsleistungen getrennt nach der Staatsangehörigkeit an der jeweils entsprechenden Bevölkerung, ergibt sich folgendes Bild: Während 1,6 % der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit am Jahresende 2006 Grundsicherungsleistungen erhielten, waren es bei den Deutschen nur 0,9 %. Vor allem bei älteren Ausländern zeigte sich eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme dieser Sozialleistung. 13 % der ausländischen Mitbürger/-innen ab 65 Jahren erhielten Grundsicherung. Damit lag die Quote bei ihnen etwa sieben Mal höher als bei den Deutschen in dieser Altersgruppe (1,8 %). Gründe dafür könnten vor allem geringere Einkommen von Ausländer/-innen in ihrer Erwerbszeit sowie kürzere Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung sein, wodurch die Bedürftigkeit wahrscheinlicher ist als bei Deutschen.

Ausländer deutlich häufiger von Grundsicherung abhängig als Deutsche

Die monatlichen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden wie die Leistungen nach dem SGB II und der Hilfe zum Lebensunterhalt nach Regelsätzen erbracht (siehe Kap. 4.1 und 4.2.1). Neben dem Regelsatz werden sowohl die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung als Bedarf anerkannt als auch eventuell anfallende Beiträge für Kranken-/Pflegeversicherung und Mehrbedarfzuschläge. Die Gesamtsumme dieser Bedarfspositionen ergibt den Bruttobedarf, also den Betrag, den der jeweilige Antragsteller für seinen Le-

bensunterhalt monatlich benötigt. Zieht man hiervon das anrechenbare Einkommen des Empfängers ab, erhält man den tatsächlich ausbezahlten Nettoanspruch.

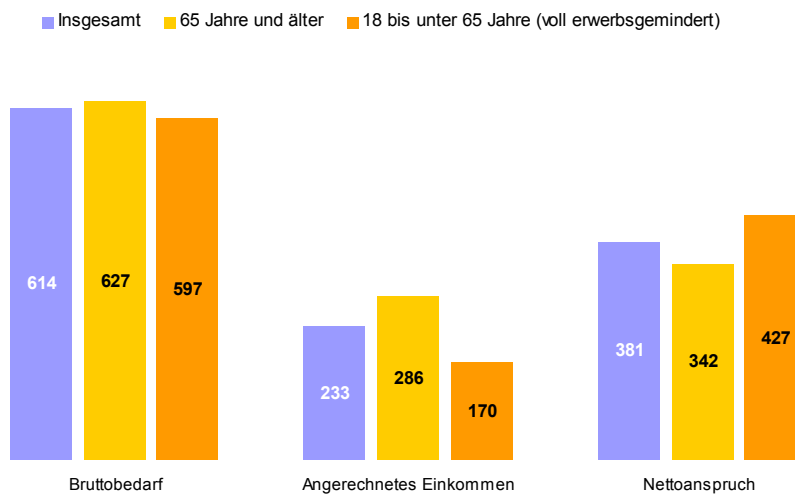
Im Durchschnitt errechnete sich für eine(n) Empfänger/-in von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zum Jahresende 2006 ein monatlicher Bruttobedarf von 614 Euro (+1,5 % gegenüber dem Vorjahr), wovon mehr als 40 % auf die Kosten für Unterkunft und Heizung entfielen (262 Euro; +3,8 % gegenüber dem Vorjahr). Den größeren Anteil am Bruttobedarf hatte der Regelsatz, welcher mit durchschnittlich 309 Euro in die Bedarfsberechnung einbezogen wurde. Unter Berücksichtigung des angerechneten Einkommens in Höhe von 233 Euro (+4,1 % gegenüber dem Vorjahr) wurden im Schnitt monatlich 381 Euro je Leistungsberechtigten ausgezahlt (Nettoanspruch). Der durchschnittliche Nettoanspruch lag damit genauso hoch wie im Vorjahr.

Monatlicher Nettoanspruch 381 Euro pro Person

Für voll erwerbsgeminderte Personen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren ergab sich im Durchschnitt ein monatlicher Bruttobedarf von 597 Euro und ein Nettoanspruch von 427 Euro je Monat, für Personen ab 65 Jahren ein monatlicher Bruttobedarf von 627 Euro und ein Nettoanspruch von 342 Euro je Monat (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: Durchschnittliche Leistungsgewährung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Jahresende 2006 nach Empfängergruppen *)

in EUR je Monat



*) Deutschland ohne Bremen.

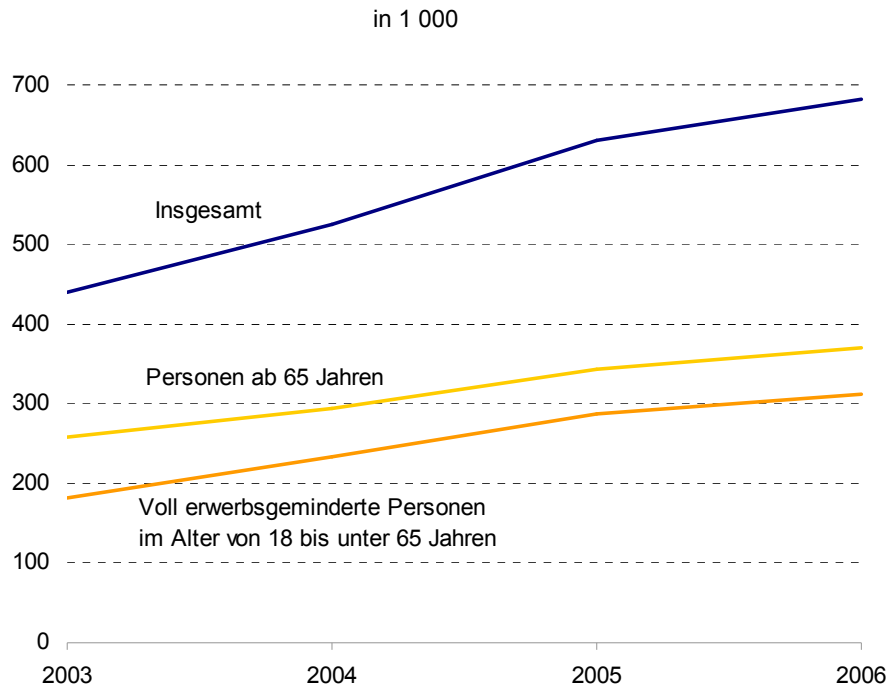
Beim Vergleich der Beträge in den Bundesländern fällt auf, dass 2006 in den neuen Ländern der Bruttobedarf (inkl. Unterkunft- und Heizkosten) sowie auch der Nettoanspruch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt lagen. Dies war auch schon in den Vorjahren der Fall.

In den ersten Jahren nach Einführung des Grundsicherungsgesetzes sind die Empfängerzahlen stark angestiegen: Seit dem ersten Erhebungsstichtag am Jahresende 2003, als rund 439 000 Grundsicherungsempfänger/-innen gemeldet wurden, hat sich die Zahl bis zum Jahresende 2006 um rund 55 % erhöht (siehe Abbildung 21). Ein Grund für den starken Anstieg in der Anfangszeit dürfte sein, dass es bei den durchführenden Kommunen teilweise zu einem nicht unerheblichen Rückstand hinsichtlich der Antragsbearbeitung gekommen ist (siehe auch Kap. 3.2). Mit einem Zuwachs von 8 % im Jahr 2006 gegenüber 2005 war die

Deutlicher Anstieg der Bezugsszahlen im Zeitverlauf

Veränderungsrate aber deutlich niedriger als zwischen den jeweiligen Vorjahren (jeweils knapp 20 % mehr Empfänger/-innen).

Abbildung 21: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2003 bis 2006 jeweils am Jahresende



Insgesamt wandten die Kommunen und die überörtlichen Träger für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2006 brutto rund 3,16 Milliarden Euro auf. Netto – nach Abzug insbesondere von Erstattungen anderer Sozialleistungsträger – verblieben rund 3,07 Milliarden Euro. Dies entspricht 17 % der Sozialhilfeausgaben nach dem SGB XII insgesamt. Die Nettoaussgaben haben sich seit Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2003 damit mehr als verdoppelt. Damals lagen sie bei rund 1,35 Milliarden Euro.

5 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

In Deutschland lebende Asylbewerber/-innen und sonstige nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Berechtigte erhalten seit 1993 anstelle von Sozialhilfe bei Bedarf Asylbewerberleistungen, um ihren Lebensunterhalt und spezielle Bedarfssituationen zu sichern. Dadurch fiel im Jahr 1994 ein Teil der Personen aus dem Sozialhilfebezug heraus und wechselte ins Asylbewerberleistungsrecht über (siehe auch Kap. 3.2). Die statistischen Angaben über die Empfänger/-innen und die finanziellen Aufwendungen nach dem AsylbLG werden seitdem jährlich in einer gesonderten Bundesstatistik, der Asylbewerberleistungsstatistik, erfasst. Im Jahr 1994 wurden rund 450 000 Personen erstmals in dieser Statistik nachgewiesen.

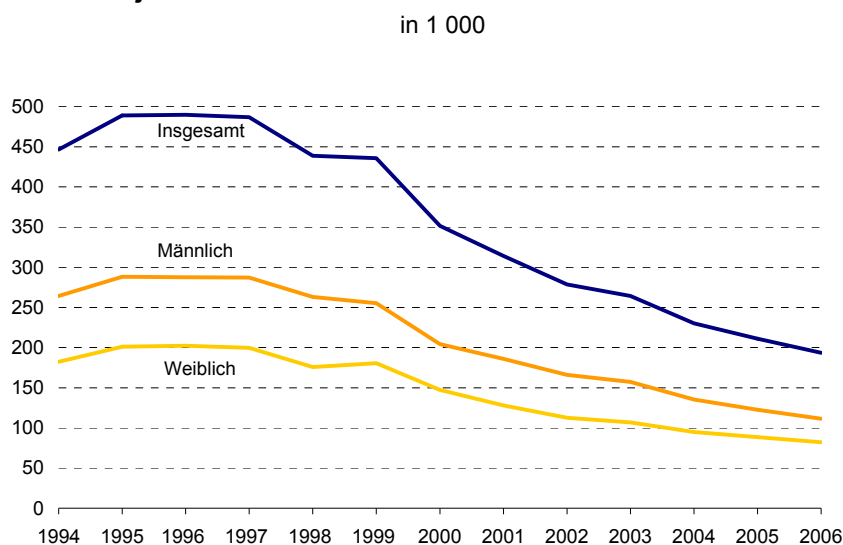
Einführung Asylbewerberleistungsgesetz

Die von der amtlichen Statistik erhobenen Leistungen nach dem AsylbLG umfassen die sogenannten Regelleistungen und die besonderen Leistungen. Die *Regelleistungen* dienen zur Deckung des täglichen Bedarfs und werden entweder in Form von Grundleistungen oder als Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt. Die Grundleistungen sollen den notwendigen Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege sowie Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts durch Sachleistungen decken. Unter besonderen Umständen können anstelle der Sachleistungen auch Wertgutscheine oder andere vergleichbare unbare Abrechnungen sowie Geldleistungen erbracht werden. Zusätzlich erhalten die Leistungsempfänger/-innen einen monatlichen Geldbetrag (Taschengeld) für die persönlichen Bedürfnisse des täglichen Lebens. Die so gewährte individuelle Hilfeleistung ist insgesamt geringer als die korrespondierenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Leistungsarten

Die *besonderen Leistungen* werden in speziellen Bedarfssituationen gewährt. Dazu gehören unter anderem Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, Leistungen in Form von Bereitstellung von Arbeitsgelegenheiten sowie sonstige Leistungen.

Abbildung 22: Empfänger/-innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 1994 bis 2006 jeweils am Jahresende



Die Zahl der Regelleistungsempfänger/-innen ist seit dem Jahr 1997 kontinuierlich gesunken (siehe Abbildung 22). Zum Jahresende 2006 erhielten in Deutschland noch 194 000 Personen in 101 000 Haushalten Leistungen zur Deckung des täglichen Bedarfs. Die Zahl der Leistungsbezieher/-innen ist gegenüber dem Vorjahr um 8,3 % zurückgegangen und liegt damit auf dem niedrigsten Stand seit Einführung der Asylbewerberleistungsstatistik im Jahr 1994.

**Kontinuierlicher
Rückgang der
Empfängerzahlen
seit 1997**

Rund 58 % der Empfänger/-innen waren männlich. Über die Hälfte der Leistungsempfänger/-innen (100 000 bzw. 52 %) war jünger als 25 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Hilfebezieher/-innen betrug 25,6 Jahre. Mehr als die Hälfte der Regelleistungsempfänger/-innen (57 %) war zum Jahresende 2006 dezentral untergebracht, während die übrigen Empfänger/-innen in Gemeinschaftsunterkünften oder Aufnahmeeinrichtungen lebten.

Mit einem Anteil von 43 % stammten die meisten Bezieher/-innen von Regelleistungen aus Europa, gefolgt von Personen aus Asien (38 %) und aus Afrika (12 %) (siehe Abbildung 23). Betrachtet man ausschließlich die Empfänger/-innen von Regelleistungen aus Europa, so bildeten Personen aus Serbien und Montenegro mit 64,8 % den mit Abstand größten Anteil. Am zweithäufigsten unter den Europäern erhielten Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit Regelleistungen (16,7 %), gefolgt von Menschen aus der Russischen Föderation (8,1 %) und Bosnien-Herzegowina (4,7 %).

Unter den asiatischen Herkunftsländern erhielten mit einem Anteil von 16,7 % am häufigsten Personen aus dem Irak Regelleistungen, gefolgt von Personen aus Syrien (11,9 %), dem Libanon (11,8 %), Afghanistan (10,8 %) und dem Iran (9,4 %).

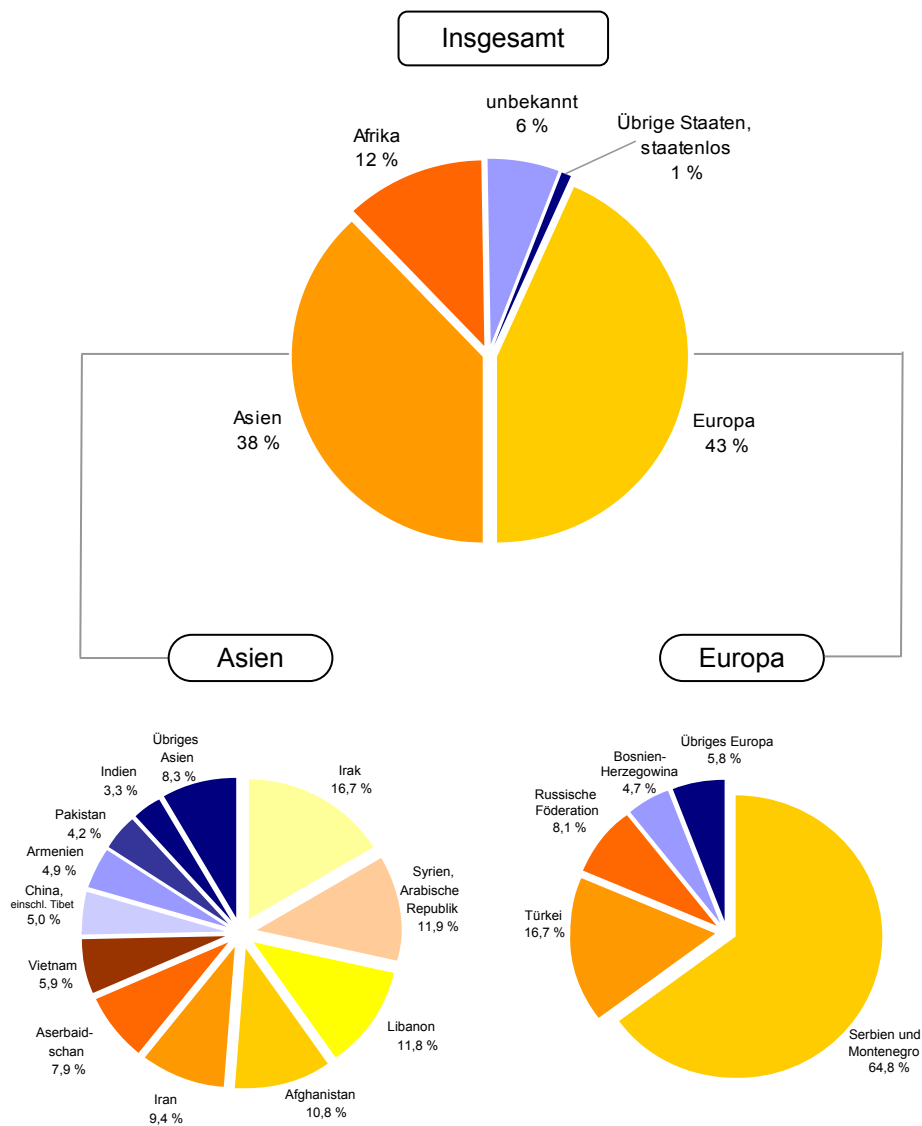
Neben den vorgenannten Regelleistungen wurden noch 66 000 Fälle zur Statistik gemeldet, denen zum Jahresende 2006 besondere Leistungen nach dem AsylbLG gewährt wurden (- 10,2 % gegenüber 2005). Die Empfänger/-innen besonderer Leistungen erhielten in den allermeisten Fällen auch zugleich Regelleistungen. Es handelte sich beinahe ausschließlich um Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft oder Geburt. Die Empfänger/-innen besonderer Leistungen waren im Durchschnitt 26,4 Jahre alt; 57 % waren männlich.

Die Bruttoausgaben für Leistungen nach dem AsylbLG betrugen im Jahr 2006 in Deutschland 1,17 Milliarden Euro, nach Abzug der Einnahmen (insbesondere Erstattungen von Sozialleistungsträgern) in Höhe von 21,6 Millionen Euro beliefen sich die reinen Ausgaben auf 1,14 Milliarden Euro. Gegenüber dem Vorjahr gingen die Nettoausgaben somit um 6,5 % zurück. Der größte Teil der Bruttoausgaben wurde für Regelleistungen aufgewandt (0,85 Milliarden Euro). Entsprechend der Entwicklung der Empfängerzahl lagen im Jahr 2006 auch die Ausgaben auf dem niedrigsten Stand seit Einführung der Asylbewerberleistungsstatistik.

**Rückgang der
Ausgaben**

Abbildung 23: Empfänger/-innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz am Jahresende 2006 nach Herkunft

Anteil an allen Regelleistungsempfängern in %



6 Leistungen der Kriegsofferfürsorge

Eine weitere Sozialleistung, die zur Mindestsicherung hauptsächlich älterer Menschen beiträgt, ist die Kriegsofferfürsorge. Sie wird in erster Linie Personen gewährt, die bei militärischen Diensten geschädigt wurden. Aufgabe der Kriegsofferfürsorge ist es, sich der Beschädigten und ihrer Familienmitglieder sowie der Hinterbliebenen in allen Lebenslagen anzunehmen, um die Folgen der Schädigung oder des Verlustes der/des Angehörigen – zumindest materiell – angemessen auszugleichen oder zu mildern. Sofern Personen infolge ihrer Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes ihres Angehörigen (Ehegatte, Elternteil, Kind oder Enkelkind) nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt aus vorrangigen Sozialleistungen (z. B. Renten, Arbeitslosengeld etc.) bzw. aus sonstigem Einkommen und Vermögen zu decken, erhalten sie Leistungen der Kriegsofferfürsorge. Unter entsprechenden Voraussetzungen können neben Opfern des Krieges auch Soldaten, Zivildienstleistende, Opfer von Gewalttaten, Impfgeschädigte sowie politische Häftlinge in der ehemaligen DDR anspruchsberechtigt sein. Das Hilfespektrum der Kriegsofferfürsorge ist gegenüber der Sozialhilfe etwas größer. Darüber hinaus gelten höhere Einkommens- und Vermögensschutzgrenzen im Vergleich zur Sozialhilfe.

**Aufgaben der
Kriegsoffer-
fürsorge**

Die Kriegsofferfürsorge ist Teil des sozialen Entschädigungsrechts und in den §§ 25 bis 27] des Bundesversorgungsgesetzes („Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges“) geregelt. Sie dient der Ergänzung der übrigen Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes für Beschädigte und Hinterbliebene durch besondere Hilfen im Einzelfall.

**Gesetzliche
Grundlage**

Obwohl das Bundesversorgungsgesetz, in dem u. a. auch die Kriegsofferfürsorge geregelt ist, schon 1950 in Kraft getreten ist, wurde erst 1963 das Gesetz über die Durchführung von Statistiken auf diesem Gebiet eingeführt. Davor wurden die Daten über die Leistungen der Kriegsofferfürsorge in der „Statistik der öffentlichen Fürsorge“ nachgewiesen. Diese ließ allerdings keine differenzierten Aussagen über die Hilfearten zu. Demnach stehen erst seit 1963 vergleichbare Daten über die Kriegsofferfürsorge zur Verfügung.¹⁵⁾

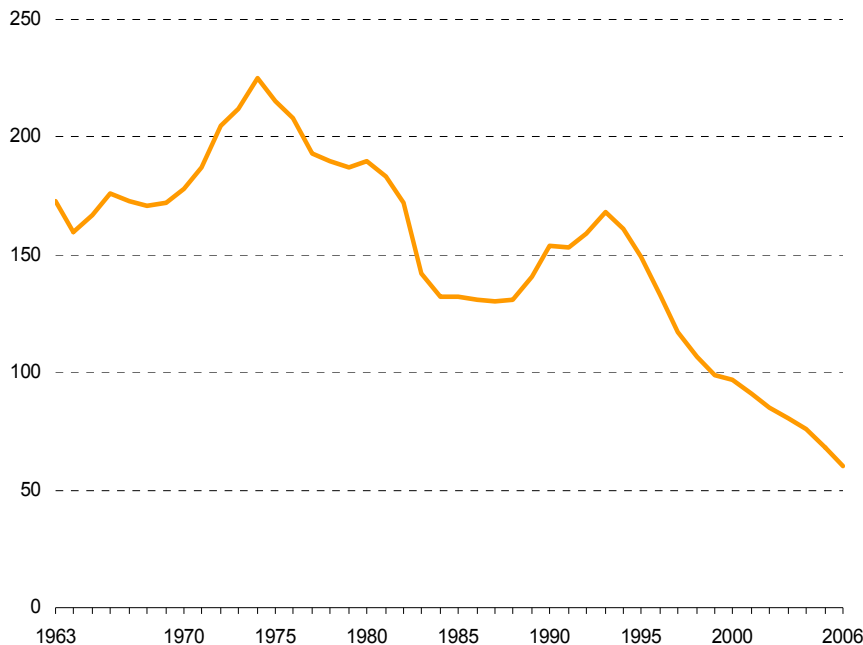
In Abbildung 24 sind die Empfänger/-innen von Kriegsofferfürsorge im Zeitverlauf seit 1963 dargestellt. Im Jahr 1974 erreichten die Empfängerzahlen dieser Sozialleistung mit 225 000 Personen ihren höchsten Wert. Seitdem sanken die Empfängerzahlen insgesamt deutlich ab. Im Jahr 2006 erhielten noch rund 60 000 Personen Leistungen der Kriegsofferfürsorge. Damit sind die Empfängerzahlen im Zeitraum zwischen 1974 und 2006 um 73 % gesunken. Dieser Rückgang hat demografische Ursachen, da das Ende des Zweiten Weltkriegs inzwischen über 60 Jahre zurückliegt und somit Teile des anspruchsberechtigten Personenkreises in den letzten Jahrzehnten altersbedingt verstorben sind.

**Empfänger/
-innen von
Kriegsoffer-
fürsorge**

¹⁵⁾ Die Erhebung der Kriegsofferfürsorge wurde von 1963 bis 2000 jährlich durchgeführt und findet seit dem Berichtsjahr 2000 zweijährig statt.

Abbildung 24: Empfänger/-innen laufender Leistungen der Kriegsofferfürsorge 1963 bis 2006 *) jeweils am Jahresende

in 1 000



*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

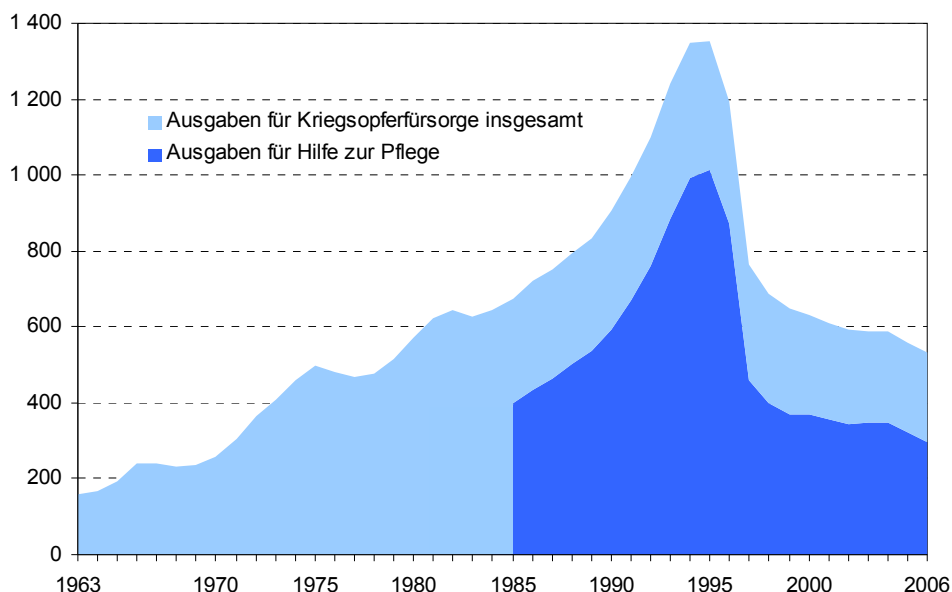
Im Gegensatz zur Abnahme der Empfängerzahlen sind die Bruttoausgaben für die Kriegsofferfürsorge im Zeitraum 1963 bis 1995 kontinuierlich angestiegen und zwar von 159 Millionen Euro im Jahr 1963 auf etwa 1,35 Milliarden Euro im Jahr 1995 (siehe Abbildung 25). Damit wurde 1995 über achtmal so viel Geld für die Kriegsofferfürsorge ausgegeben wie 1963. Der Grund hierfür war die Ausweitung des Leistungsspektrums. Demnach wurden die von Beginn an bestehenden Leistungen mit den Jahren durch weitere Hilfearten, wie beispielsweise die Krankenhilfe, Berufsbeihilfe, Erziehungsbeihilfe, Wohnungshilfe, Hilfe zur Pflege sowie Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, ergänzt. Vor allem die seit 1978 hohe Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege durch einen alternden Personenkreis war die wesentliche Ursache für den jahrzehntelangen kontinuierlichen Ausgabenanstieg. Seit 1996 ist ein deutlicher Rückgang der Bruttoausgaben festzustellen. Dieser Rückgang ist nicht nur auf das deutliche Sinken der Empfängerzahlen seit 1996 zurückzuführen, sondern vor allem auf die Einführung der sozialen Pflegeversicherung und den daraus resultierenden Leistungen seit April 1995 (häusliche Pflege) bzw. seit Juli 1996 (stationäre Pflege). Diese Leistungen haben zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der Kriegsofferfürsorge beigetragen.

Im Jahr 2006 beliefen sich die Bruttoausgaben für die Kriegsofferfürsorge auf rund 531 Millionen Euro. Trotz der oben genannten Ausgabenentlastung durch die soziale Pflegeversicherung beträgt der Anteil der Hilfe zur Pflege an den Gesamtausgaben der Kriegsofferfürsorge noch 56 %. Damit ist die Hilfe zur Pflege die mit Abstand größte Ausgabenposition der Kriegsofferfürsorge.

**Ausgaben der
Kriegsoffer-
fürsorge**

Abbildung 25: Bruttoausgaben für die Kriegsofferfürsorge insgesamt und die Hilfe zur Pflege 1963 bis 2006

in Millionen EUR



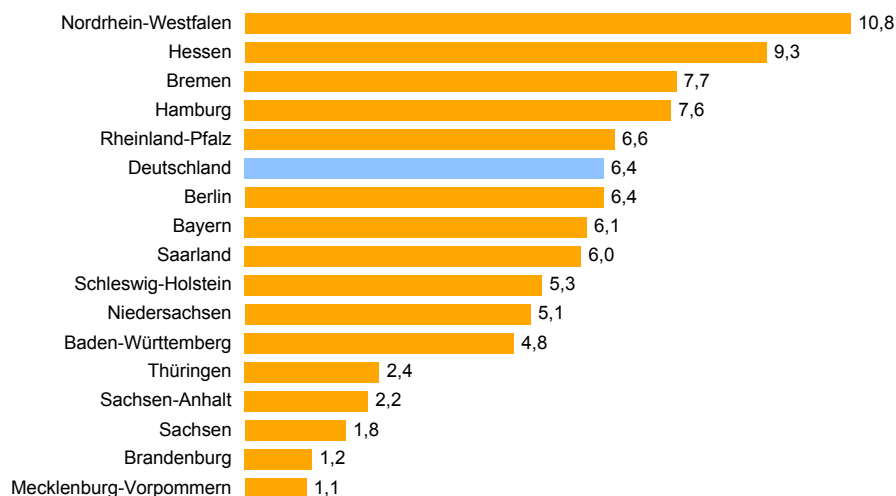
*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

Auf der Ebene der Bundesländer fielen im Jahr 2006 die höchsten Ausgaben in Nordrhein-Westfalen (195 Millionen Euro), Bayern (76 Millionen Euro) und Hessen (56 Millionen Euro) an. In den neuen Bundesländern musste nur ein Bruchteil dieser Beträge für die Kriegsofferfürsorge aufgewendet werden, da dort auch die Empfängerzahlen deutlich niedriger waren als im alten Bundesgebiet. Dies spiegelt sich auch in dem Indikator „Ausgaben je Einwohner“ auf Länderebene wider (siehe Abbildung 26).

Ausgaben im Osten deutlich niedriger als im Westen

Abbildung 26: Bruttoausgaben je Einwohner für die Kriegsofferfürsorge im Jahr 2006

in EUR



7 Weitere Sozialleistungen

Neben den oben genannten Leistungen, die den grundlegenden Lebensunterhalt von bedürftigen Personen sichern, existieren in Deutschland weitere Sozialleistungen, die in Form von Zuschüssen ebenfalls dazu beitragen, einkommensschwächere Haushalte finanziell zu unterstützen. Diese Leistungen werden in den folgenden Kapiteln näher beschrieben.

7.1 Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Eine gute Ausbildung bringt finanzielle Belastungen mit sich. Die Möglichkeit, jedem jungen Menschen – unabhängig von seiner sozialen und wirtschaftlichen Situation – eine seinen Fähigkeiten und Interessen entsprechende Ausbildung zu ermöglichen, ist das Ziel des *Bundesgesetzes über individuelle Förderung der Ausbildung* (BAföG). Demnach ermöglicht das BAföG jungen Menschen, insbesondere denjenigen aus einkommensschwächeren Haushalten, unter anderem den Zugang zu weiterführenden Schulen bzw. zu einem Hochschulstudium und trägt damit maßgeblich zur beruflichen Chancengleichheit bei.

Ziel des BAföG

Das BAföG ist im ersten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB I) geregelt. Als besonderer Teil des SGB I ist die Förderung nach dem BAföG eine Sozialleistung, die zu 65 % vom Bund und zu 35 % von den Ländern finanziert wird. Durch die rechtliche Verankerung im SGB I ergibt sich die Tatsache, dass Personen, die einen Anspruch auf Leistungen des BAföG haben, keinen weiteren Anspruch auf ergänzende Leistungen zum Lebensunterhalt (z. B. Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe) haben, außer in besonderen Härtefällen. Damit trägt das BAföG zur Mindestsicherung von Personen in Ausbildung bei.

Gesetzesgrundlage

BAföG-Leistungen werden gewährt, wenn die Ausbildung förderungsfähig ist und eigene finanzielle Mittel sowie die des Ehegatten und der Eltern nicht ausreichen, um den Ausbildungsbedarf zu decken. Persönliche Voraussetzungen für einen Anspruch auf förderungsfähige Ausbildung sind die Eignung in Hinblick auf das Erreichen des Ausbildungsziels sowie ein Höchstalter von 30 Jahren. Werden diese Voraussetzungen erfüllt, so ergibt sich der Förderungsbetrag aus dem Bedarf nach dem BAföG abzüglich der anzurechnenden Einkommen und Vermögen der in Ausbildung befindlichen Person, des Ehegatten und der Eltern. Der Bedarf setzt sich aus der Summe der Geldbeträge zusammen, welche die in Ausbildung befindlichen Personen für den Lebensunterhalt (Ernährung, Unterkunft, Bekleidung etc.) und für die Ausbildung (Lehrbücher etc.) benötigen. Zudem hängt die Förderhöhe von der Art der Ausbildung (Berufsfachschule, Hochschule etc.) und der Art der Unterbringung ab (z. B. bei den Eltern oder auswärts).

Voraussetzungen und Bedarfsberechnung

Der erste Gesetzentwurf des BAföG war das 1970 in Kraft getretene Ausbildungsförderungsgesetz (AföG). Es verfolgte ursprünglich das Ziel, die Ausbildungsförderung in allen Ausbildungsbereichen zu regeln. Dies konnte jedoch nicht verwirklicht werden, da die notwendigen finanziellen Mittel nicht zur Verfügung standen. 1971 trat dann das BAföG in Kraft. Es diente neben der Gewährleistung beruflicher Chancengleichheit auch der Aktivierung von Bildungsreserven aus Familien niedriger und mittlerer Einkommen. Das BAföG wurde 1971 zunächst als vollständiger Zuschuss für bedürftige Studierende eingeführt, sodass diese nach Abschluss ihrer

70er-Jahre

Ausbildung keine Gelder zurückzahlen mussten. Im Laufe der 70er-Jahre wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Neben den Studierenden waren seitdem auch Auszubildende und Schüler/-innen anspruchsberechtigt. Ab dem Jahr 1974 wurde schrittweise ein verpflichtendes Grunddarlehen eingeführt, das unabhängig von der individuellen Förderhöhe von jedem(r) BAföG-Empfänger/-in aufgenommen werden musste. Der monatliche Darlehensbetrag lag 1974 zunächst bei 70 DM, in den Folgejahren wurde er bis auf 150 DM erhöht. Der Betrag wurde zwar nicht verzinst, musste aber nach Abschluss der Ausbildung vollständig zurückgezahlt werden. Sofern der BAföG-Anspruch der Geförderten höher war als das Grunddarlehen, wurde ein Zuschuss seitens des Staates gezahlt.

In den 80er-Jahren war das BAföG weiteren Novellierungen unterworfen. Die bedeutendste Änderung war die Umstellung der Förderung auf ein zinsloses Voldarlehen und eine starke Reduzierung der Schülerförderung im Jahr 1983. Dadurch entfielen die Zuschüsse des Staates und die Förderungssumme musste in voller Höhe von den Geförderten zurückgezahlt werden. Als Folge halbierte sich die Zahl der BAföG-Empfänger/-innen von rund 1,3 Millionen Personen im Jahr 1982 auf knapp 600 000 im Jahr 1990. Dies entspricht einem Rückgang von über 50 % (siehe Abbildung 27).

80er-Jahre

Mit der Wiedervereinigung wurde das BAföG erneut geändert: Im Rahmen des Halbzuschussmodells erhielten die Geförderten seit 1991 innerhalb der Förderungshöchstdauer eine Hälfte des Förderungsbetrages als staatlichen Zuschuss, die andere Hälfte wurde als zinsloses Staatsdarlehen gewährt und musste zurückgezahlt werden. Da die Schüler/-innen und Studierenden aus den neuen Bundesländern mit der Wiedervereinigung ebenfalls Anspruch auf die Leistungen des BAföG hatten, kam es von 1990 auf 1991 zu einem sprunghaften Anstieg der Empfängerzahlen um 50 % (von 582 000 Personen im Jahr 1990 auf 873 000 im Jahr 1991).

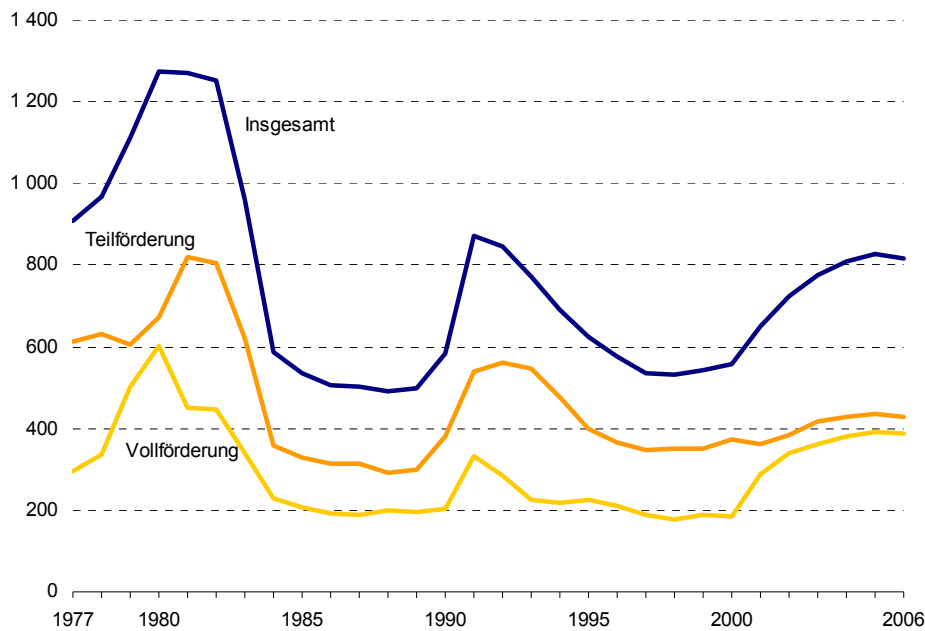
90er-Jahre

Zwischen 1991 und 1998 sank die Zahl der BAföG-Empfänger/-innen dann allerdings kontinuierlich bis auf 531 000 Personen im Jahr 1998. In den Jahren 1999 bzw. 2001 erfolgten Anpassungen der Bedarfssätze und Freibeträge. Insbesondere durch das zum 1. April 2001 in Kraft getretene Ausbildungsförderungsreformgesetz kam es wieder zu einem stärkeren Anstieg der Anspruchsberechtigten und einer Erweiterung des Empfängerkreises. Bis zum Jahr 2005 stieg die Zahl der BAföG-Empfänger/-innen auf 828 000. Im Jahr 2006 war erstmals wieder ein Rückgang um 1,2 % auf ca. 818 000 Personen zu verzeichnen (siehe Abbildung 27).

Beim BAföG wird zwischen der sogenannten „Teilförderung“ und der „Vollförderung“ unterschieden. Wenn das Einkommen und Vermögen der Geförderten bzw. deren Eltern bestimmte Freibeträge übersteigen, kommt es zu einer Kürzung des Förderungsbetrages. In diesem Fall spricht man von Teilförderung, da ein Teil des notwendigen Lebensunterhalts vom Geförderten selbst oder von den Eltern zu tragen ist und der andere Teil vom Staat gezahlt wird. Vollförderung erhalten Personen, die vorher bereits eine gewisse Zeit voll erwerbstätig waren (elternunabhängige Förderung) oder deren Eltern über nur geringe Einkünfte unterhalb der Freibetragsgrenze verfügen.

Teil-/Vollförderung

Abbildung 27: Geförderte nach dem BAföG 1977 bis 2006 *) differenziert nach Teil- und Vollförderung
in 1 000



*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

Im Folgenden wird die Entwicklung der BAföG-Leistungen seit 1977 betrachtet, da erst ab diesem Berichtsjahr eine Differenzierung zwischen Voll- und Teilförderung sowie zwischen geförderten Schüler/-innen und Studierenden möglich ist.

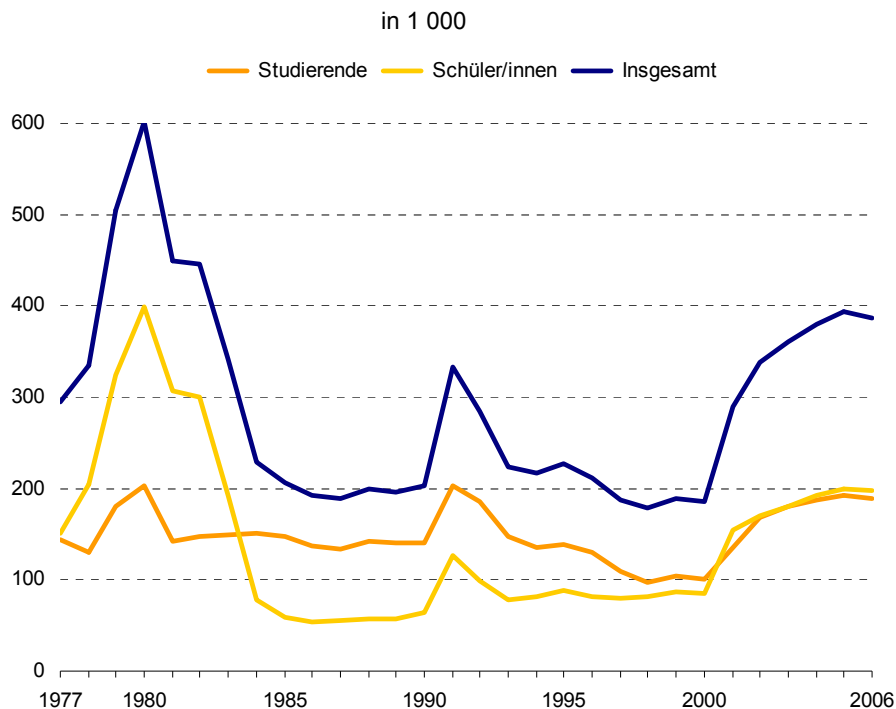
Von den insgesamt etwa 908 000 Personen, die im Jahr 1977 Leistungen nach dem BAföG bekamen, erhielt mit 67,6 % der größte Anteil eine Teilförderung. Die übrigen 32,4 % der BAföG-Empfänger/-innen wurden voll gefördert.

Wie oben schon beschrieben, war die Inanspruchnahme der BAföG-Leistungen im Zeitverlauf starken Schwankungen unterworfen. So verhielt es sich auch mit dem Verhältnis zwischen voll- und teilgeförderten BAföG-Empfänger/-innen. Nachdem seit der Wiedervereinigung ein zehn Jahre anhaltender Rückgang der Empfängerzahlen zu beobachten war, lässt sich seit dem Jahr 2001 neben einem kontinuierlichen Anstieg auch eine Entwicklung weg von der Teil- hin zur Vollförderung feststellen. So erhielten 2006 von den insgesamt rund 818 000 BAföG-Empfänger/-innen 53 % eine Teilförderung; 47 % wurden voll gefördert. Sechs Jahre zuvor (2000) lag das Verhältnis zwischen Teil- und Vollförderung noch bei 67 % zu 33 % (siehe Abbildung 27).

Von den BAföG-Empfänger/-innen mit Vollförderung waren im Jahr 1977 etwa die Hälfte Schüler/-innen; die andere Hälfte waren Studierende (siehe Abbildung 28). Wie oben schon angedeutet sank Anfang der 80er-Jahre die Zahl der Schüler/-innen mit BAföG-Bezug infolge einer Gesetzesänderung stark ab. Schüler/-innen, die bei ihren Eltern wohnten und auf allgemeinbildende Schulen, Berufsfachschulen sowie Fachoberschulen gingen, erhielten seit 1983 zum großen Teil keine Förderung mehr. Dadurch reduzierte sich die Zahl der Schüler/-innen mit Vollförderung insbesondere zwischen den Berichtsjahren 1983 und 1984 um etwa 60 %.

Empfänger/-innen mit Vollförderung

**Abbildung 28: BAföG-Empfänger/-innen mit Vollförderung 1977 bis 2006 *)
nach Empfängergruppen**



*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

Der Anteil der Schüler/-innen mit Vollförderung an allen BAföG-Empfänger/-innen mit Vollförderung betrug im Jahr 1982 noch 67 %. Ein Jahr später lag er bei 56 % und bis ins Jahr 1990 sank er auf 31 % ab. Mit der oben bereits angesprochenen Anhebung der Freibeträge und Bedarfssätze stiegen ab 2001 sowohl die Empfängerzahlen als auch der Anteil der Schüler/-innen an den BAföG-Empfänger/-innen mit Vollförderung. Dieser Anteil lag im Jahr 2006 wieder knapp über 50 %.

Ein wichtiger Indikator zur Quantifizierung der Inanspruchnahme von BAföG-Leistungen der Studierenden ist die Geförderten- bzw. BAföG-Quote. Sie gibt an, wie viel Prozent der Studierenden tatsächlich gefördert werden (sogenannte „normative Methode“).¹⁶⁾ Betrachtet man die Gefördertenquote der Studierenden im Zeitverlauf (siehe Abbildung 29), so wird ersichtlich, dass diese in den letzten zehn Jahren deutlichen Schwankungen unterlegen war, insgesamt jedoch leicht gesunken ist.¹⁷⁾ Im Jahr 1995 wurden 27 % der potenziell Anspruchsberechtigten gefördert. Die darauffolgenden drei Jahre sind von einem Rückgang der Gefördertenquote auf etwa 21 % im Jahr 1998 gekennzeichnet. Mit der Anpassung der Bedarfssätze bzw. der Freibeträge der Eltern im Jahr 2001 stieg sie wieder an. In den Jahren 2003 bis 2005 lag die Gefördertenquote der Studierenden bei rund 25 %. Der Verlauf dieses Indikators spiegelt die zeitliche Abfolge der BAföG-Reformen wider: Sobald im Rahmen einer Reform die Bedarfssätze angepasst bzw. die Freibeträge der Eltern erhöht werden, steigt die BAföG-Quote an, da mehr Personen die Förderleistung erhalten können.

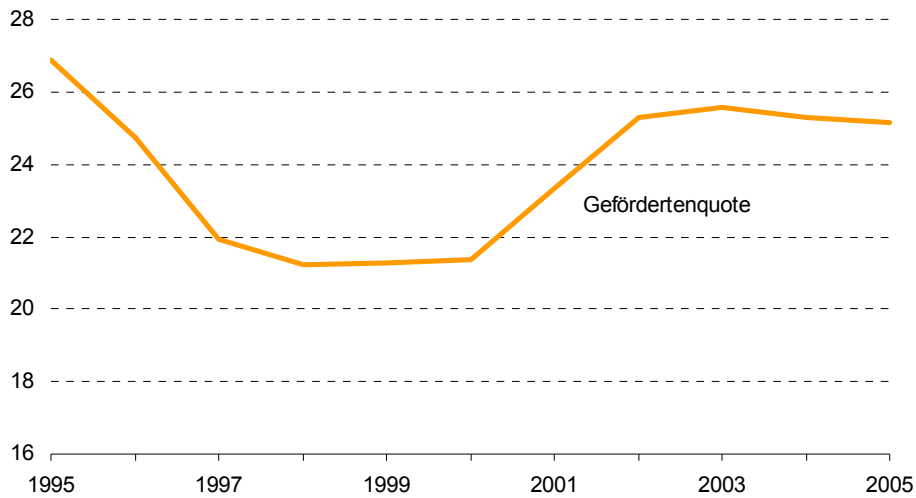
**Geförderten-
quote der
Studierenden**

16) Bei der normativen Methode wird ermittelt, wie hoch der Anteil der geförderten Studierenden an den potenziell Anspruchsberechtigten ist. Potenziell anspruchsberechtigt sind Studierende, die maximal 30 Jahre alt sind, die Förderungsdauer noch nicht überschritten haben und alle erforderlichen Leistungsnachweise erbracht haben.

17) Die BAföG-Quoten sind dem 17. BAföG-Bericht der Bundesregierung entnommen; das Statistische Bundesamt veröffentlicht keine BAföG-Quoten; BAföG-Quoten für das Jahr 2006 lagen nicht vor.

Abbildung 29: Gefördertenquote der Studierenden 1995 bis 2005

Anteil der geförderten an den potenziell anspruchsberechtigten Studierenden in %



Quelle: Deutscher Bundestag, Drucksache 16/4123

Betrachtet man die Gefördertenquoten der Studierenden des Jahres 2005 auf Länderebene (siehe Abbildung 30), so fällt auf, dass sie in den ostdeutschen Bundesländern am höchsten sind. Mit einem Anteil von knapp 40 % wurden in Mecklenburg-Vorpommern relativ gesehen die meisten Studierenden durch Leistungen des BAföG gefördert. Es folgen die Bundesländer Thüringen und Sachsen mit BAföG-Quoten von rund 38 %, Sachsen-Anhalt mit 35 %, sowie Brandenburg mit 31 %. Unter den alten Bundesländern ist die Gefördertenquote in Niedersachsen mit 29 % vergleichsweise am höchsten, im Saarland und in Baden-Württemberg ist sie mit 19 % am geringsten.

Bei den monatlichen Geldbeträgen, die an BAföG-Empfänger/-innen ausgezahlt werden, handelt es sich nicht um einheitliche Pauschalbeträge, sondern um einen bedarfsorientierten Förderungsbetrag. Zur Ermittlung des Förderungsbetrags wird zunächst der Bedarf der Studierenden bzw. der Schüler/-innen festgestellt. Dieser hängt unter anderem von der Art der Ausbildung, den Wohnverhältnissen, sowie evtl. zu leistenden Zahlungen an Kranken- und Pflegeversicherungen ab.

**Bedarfs-
ermittlung**

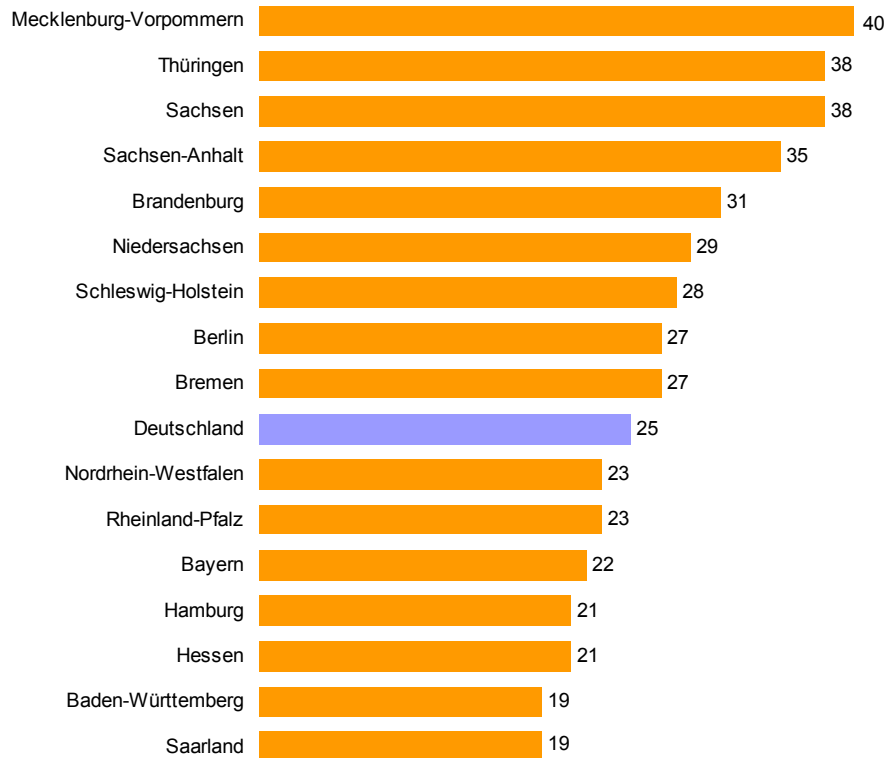
Der Höchstbedarf für Studierende an Hochschulen mit eigenem Hausstand beträgt derzeit beispielsweise 585 Euro je Monat, für Studierende ohne eigenen Hausstand liegt er bei 432 Euro je Monat. Um den individuellen Förderungsbetrag festzustellen, wird die Differenz zwischen dem maßgebenden Bedarf und evtl. anzurechnenden Einkommen des Antragstellers, des Ehegatten und der Eltern ermittelt. Den Förderungshöchstbetrag erhalten Antragsteller/-innen demnach nur dann, wenn weder eigene Einkünfte, noch die des Ehegatten und/oder der Eltern angerechnet werden.

Der durchschnittliche BAföG-Förderungsbetrag ist im Zeitverlauf angestiegen. Im Jahr 1977 erhielten Schüler/-innen im Durchschnitt 136 Euro je Monat, Studierende wurden monatlich mit durchschnittlich 225 Euro durch das BAföG unterstützt. Im Jahr 2006 betrug die durchschnittliche BAföG-Leistung bei den Schüler/-innen

**Durchschnitt-
licher Förde-
rungsbetrag**

Abbildung 30: Gefördertenquote der Studierenden 2005 nach Ländern

Anteil der geförderten an den potenziell anspruchsberechtigten Studierenden in %



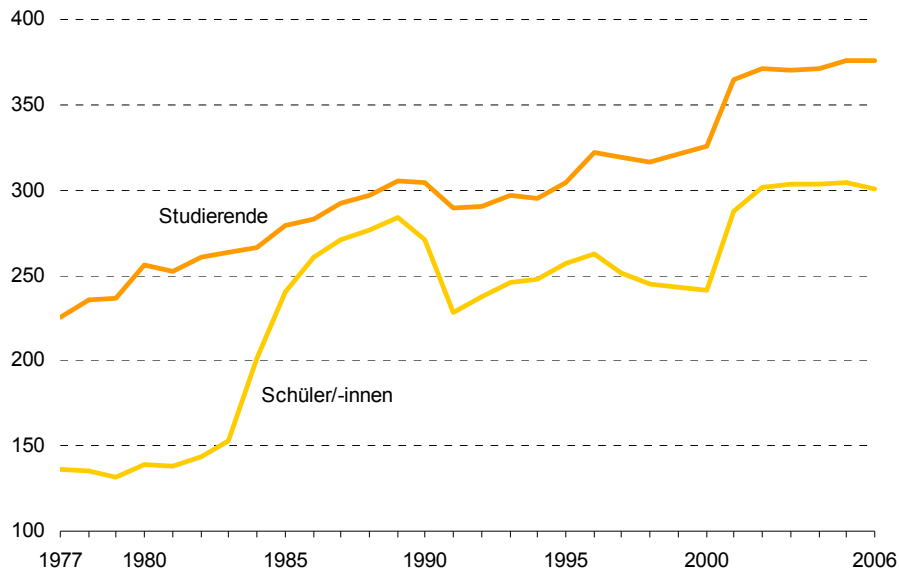
Quelle: Deutscher Bundestag, Drucksache 16/4123

301 Euro und bei den Studierenden 375 Euro pro Monat (siehe Abbildung 31). Damit hat sich der Förderungsbetrag bei den Schüler/-innen im genannten Zeitraum mehr als verdoppelt. Bei den Studierenden betrug der Anstieg etwa 67 %.

Analog zum Anstieg der Förderungsbeträge und der Gefördertenzahlen sind seit 1977 auch die Gesamtausgaben für Leistungen nach dem BAföG im Zeitverlauf gestiegen, und zwar von 1,3 Milliarden Euro im Jahr 1977 auf rund 2,3 Milliarden im Jahr 2006. Damit sind die Gesamtausgaben im genannten Zeitraum um rund 74 % angestiegen.

Ausgaben nach dem BAföG

Abbildung 31: Durchschnittlicher Förderungsbetrag je Person und Monat 1977 bis 2006 *) nach Empfängergruppen
in EUR



*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

7.2 Wohngeld

Wohngeld ist ein von Bund und Ländern getragener Zuschuss zu den Wohnkosten. Es wird – gemäß den Vorschriften des Wohngeldgesetzes – einkommensschwächeren Haushalten gewährt, damit diese die Wohnkosten für angemessenen und familiengerechten Wohnraum tragen können. Wohngeld wird entweder als Mietzuschuss für Mieter/-innen oder als Lastenzuschuss für Haus- und Wohnungseigentümer/-innen geleistet. Die Höhe des Zuschusses richtet sich dabei nach der Haushaltsgröße, dem Familieneinkommen und der zuschussfähigen Miete bzw. Belastung.

Im früheren Bundesgebiet gibt es das Wohngeld seit 1965, in den neuen Ländern und Berlin-Ost wurde diese Leistung 1991 eingeführt. Seitdem ist sie im Rahmen von Wohngeldnovellen periodisch an die Miet- und Einkommensentwicklung angepasst worden.

Bei der Wohngeldgewährung wurde bis zum 31. Dezember 2004 zwischen dem allgemeinen Wohngeld und dem besonderen Mietzuschuss unterschieden. Beim allgemeinen Wohngeld handelte es sich um die herkömmliche Form der Wohngeldgewährung, die entweder als Mietzuschuss für Mieter/-innen oder als Lastenzuschuss für Haus- und Wohnungseigentümer/-innen geleistet wurde. Weil es sich in seiner Höhe letztendlich aus den Wohngeldtabellen ergab, bezeichnete man das allgemeine Wohngeld auch als „Tabellenwohngeld“.

Beim besonderen Mietzuschuss handelte es sich um Wohngeld für Empfänger/-innen von Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge. Bis zum Jahr 2000 wurde es diesen Mieter/-innen unter bestimmten Voraussetzungen als „pauschaliertes Wohngeld“ zusammen mit der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge, auf die es angerechnet wurde, gewährt. Die Höhe dieser Pauschale bestimmte sich nach landesspezifischen Prozentsätzen der anerkannten Aufwendungen für die Unterkunft. Ab

Aufgabe des Wohngeldes

Allgemeines Wohngeld

Besonderer Mietzuschuss

Anfang des Jahres 2001 ergab sich der besondere Mietzuschuss in seiner Höhe ebenfalls aus den Wohngeldtabellen. Er wurde im Übrigen nur Mieter/-innen gewährt und entsprach insofern dem Mietzuschuss beim allgemeinen Wohngeld. Haus- und Wohnungseigentümer/-innen sowie Heimbewohner/-innen hatten grundsätzlich keinen Anspruch auf besonderen Mietzuschuss; sie konnten jedoch allgemeines Wohngeld beantragen. Der gleichzeitige Bezug von allgemeinem Wohngeld und besonderem Mietzuschuss war ausgeschlossen.

Infolge des zum 1. Januar 2005 in Kraft getretenen „Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ (Hartz IV) haben sich im Wohngeldrecht erneut erhebliche Veränderungen ergeben. Seit diesem Zeitpunkt entfällt für Empfänger/-innen staatlicher Transferleistungen (zum Beispiel Arbeitslosengeld II beziehungsweise Sozialgeld nach dem SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII, Asylbewerberleistungen) sowie Mitglieder ihrer Bedarfsgemeinschaft das Wohngeld. Dies hatte auch den Wegfall des besonderen Mietzuschusses zur Folge. Die angemessenen Unterkunftskosten der Empfänger/-innen dieser Transferleistungen werden seitdem im Rahmen der jeweiligen Sozialleistungen berücksichtigt, sodass sich für die einzelnen Leistungsberechtigten keine Nachteile ergeben.

**Auswirkungen
durch Hartz IV**

Der deutlich reduzierte Kreis der Wohngeldberechtigten spiegelt sich auch in den Zahlen der Wohngeldstatistik wider: Bezogen Ende 2004, also unmittelbar vor Inkrafttreten von Hartz IV noch 3,5 Millionen Haushalte Wohngeld, so waren es am Jahresende 2005 nur noch 781 000 Haushalte. Die Reform bedingte somit einen Rückgang der Wohngeldhaushalte um 78 %.

Rückgang der Wohngeldhaushalte um 78 %

Zum Jahresende 2006 ist die Zahl der Wohngeldhaushalte weiter zurückgegangen, und zwar um 14,7 % im Vergleich zum Jahresende 2005. Damit erhielten noch etwa 666 000 Haushalte Wohngeld. Das entspricht 1,7 % aller privaten Haushalte Deutschlands.

Der durchschnittliche monatliche Wohngeldanspruch lag 2006 bei 91 Euro. Die monatliche Bruttokaltmiete der Mietzuschussempfänger/-innen betrug Ende 2006 durchschnittlich 5,90 Euro je Quadratmeter Wohnfläche, die monatliche Belastung der Lastenzuschussempfänger/-innen lag mit durchschnittlich 4,32 Euro je Quadratmeter Wohnfläche niedriger.

Gut die Hälfte aller Wohngeldempfänger/-innen lebte allein (52 %), weitere 15 % lebten in Zwei-Personen-Haushalten und 9 % in Drei-Personen-Haushalten. In den übrigen 24 % der Empfängerhaushalte wohnten vier oder mehr Personen.

Bei den Wohngeldbezugsquoten sind ein Ost-West- sowie ein Nord-Süd-Gefälle zu erkennen. Während – gemessen an der Gesamtzahl der privaten Haushalte – im früheren Bundesgebiet mit Berlin 1,5 % der privaten Haushalte zum Jahresende 2006 Wohngeld bezogen, sind dies in den neuen Bundesländern 2,8 %. In den alten Bundesländern gab es vor allem in den Nordländern und in den drei Stadtstaaten überdurchschnittlich viele Wohngeldempfänger (siehe Abbildung 32). Schleswig-Holstein wies dabei mit 2,2 % die höchste Bezugsquote auf, es folgten Bremen (1,9 %), Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen (je 1,7 %) sowie Hamburg (1,6 %). Die geringsten Bezugsquoten wurden Ende 2006 in Bayern und im Saarland (je 1,0 %) sowie Hessen (1,1 %) und Baden-Württemberg (1,2 %) ermittelt. In den neuen Bundesländern wies – wie im Vorjahr – Mecklenburg-

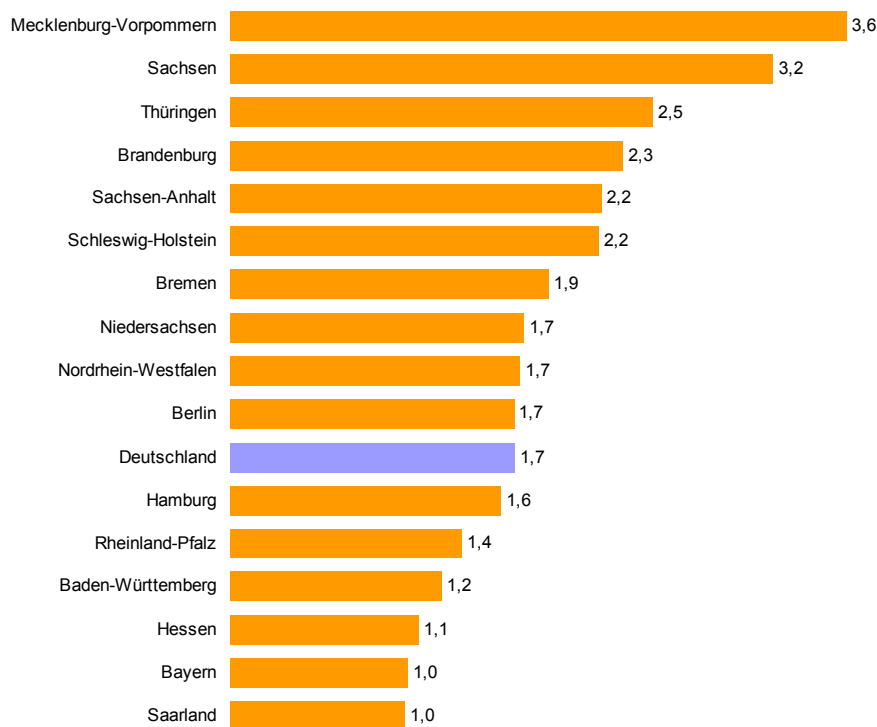
Höhere Inanspruchnahme von Wohngeld im Osten

Vorpommern den höchsten Anteil an Wohngeldempfängern (3,6 %) auf; in Sachsen-Anhalt (2,2 %) wurden die niedrigsten Bezugsquoten festgestellt.

In den Ländern mit den höchsten Bezugsquoten wurden im Jahr 2006 auch im Allgemeinen die höchsten Wohngeldausgaben je Einwohner festgestellt (siehe Tabelle 5). Die Wohngeldausgaben je Einwohner beliefen sich in Mecklenburg-Vorpommern auf 24 Euro und waren damit knapp dreimal so hoch wie in Bayern (9 Euro je Einwohner). Die mit Abstand teuersten Quadratmetermieten mussten die Wohngeldempfänger in Hamburg bezahlen (7,11 Euro je m²); sie hatten jedoch mit 103 Euro je Haushalt auch den höchsten monatlichen Wohngeldanspruch. Die niedrigsten Quadratmetermieten wurden in Thüringen (4,86 Euro je m²) sowie im Saarland (4,93 Euro je m²) und in Sachsen-Anhalt (4,95 Euro je m²) festgestellt; den niedrigsten monatlichen Wohngeldanspruch hatten die reinen Wohngeldhaushalte in Sachsen-Anhalt (69 Euro), Mecklenburg-Vorpommern (77 Euro) und Brandenburg (78 Euro).

Abbildung 32: Reine Wohngeldhaushalte am Jahresende 2006 nach Ländern

Anteil an den Privathaushalten *) in %



*) Zahl der Privathaushalte gemäß Mikrozensus 2006.

Tabelle 5: Durchschnittliches Wohngeld und Wohnkosten der reinen Wohngeldhaushalte am Jahresende 2006 und Wohngeldausgaben im Jahr 2006 nach Ländern

Land	Reine Wohngeldhaushalte		Im Jahr 2006 gezahlte Wohngeldbeträge ¹⁾	
	durchschnittliche(s) monatliche(s)		insgesamt	je Einwohner
	Miete/Belastung je m ² Wohnfläche	Wohngeld		
	EUR		Mill. EUR	EUR
Baden-Württemberg	6,02	98	116,1	11
Bayern	5,56	89	115,6	9
Berlin	6,16	86	52,8	16
Brandenburg	5,18	78	48,4	19
Bremen	6,23	88	12,8	19
Hamburg	7,11	103	27,3	16
Hessen	5,83	101	77,8	13
Mecklenburg-Vorpommern	5,36	77	40,0	24
Niedersachsen	5,20	97	117,3	15
Nordrhein-Westfalen	5,81	97	262,0	15
Rheinland-Pfalz	5,04	97	46,1	11
Saarland	4,93	87	12,8	12
Sachsen	5,25	82	98,3	23
Sachsen-Anhalt	4,95	69	40,9	17
Schleswig-Holstein	5,92	98	50,0	18
Thüringen	4,86	82	44,0	19
Deutschland	5,58	91	1 162,2	14
Früheres Bundesgebiet einschl. Berlin	5,72	96	890,5	13
Neue Länder ohne Berlin	5,15	79	271,7	21

1) Kassenbuchungen der Bewilligungsstellen; enthalten sind die Wohngeldausgaben für die reinen Wohngeldhaushalte sowie für die sogenannten Mischhaushalte.

Neben den rund 666 000 reinen Wohngeldhaushalten gab es Ende 2006 in Deutschland noch rund 25 000 wohngeldrechtliche Teilhaushalte in sogenannten Mischhaushalten. Dabei handelt es sich um Haushalte, in denen Empfänger/-innen von staatlichen Transferleistungen, die selbst nicht wohngeldberechtigt sind, mit Personen zusammen leben, die wohngeldberechtigt sind.

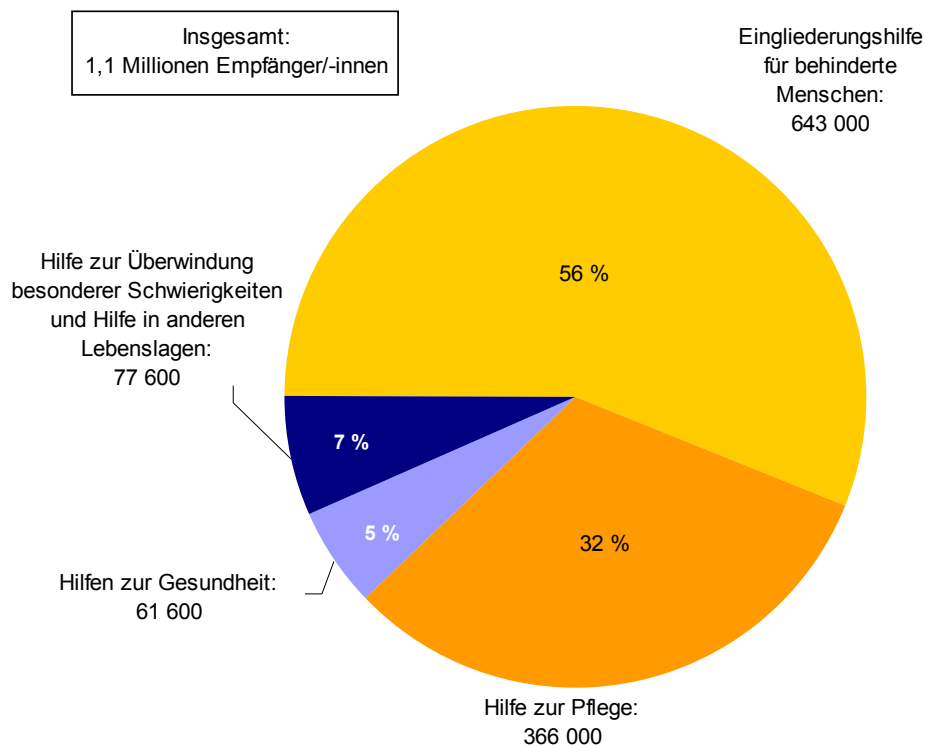
Die Gesamtausgaben für das Wohngeld betrugen im Jahr 2006 bundesweit rund 1,16 Milliarden Euro; dies entspricht einem Rückgang um 5,9 % gegenüber dem Vorjahr. Im Jahr 2004, dem Jahr vor der Reform, beliefen sich die Ausgaben für das Wohngeld noch auf 5,18 Milliarden Euro. Im früheren Bundesgebiet mit Berlin sanken die Wohngeldausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 7,4 % auf nunmehr rund 891 Millionen Euro. In den neuen Ländern ohne Berlin gingen die Wohngeldausgaben im Vergleich zu 2005 um 0,6 % auf 272 Millionen Euro zurück.

7.3 Besondere Leistungen der Sozialhilfe nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII

Im Rahmen des zum 1. Januar 2005 neu geschaffenen SGB XII „Sozialhilfe“ werden im 5. bis 9. Kapitel SGB XII im Einzelnen folgende Leistungen unterschieden, die bis Ende 2004 im Sozialhilferecht unter dem Oberbegriff „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ bekannt waren:

5. Kapitel SGB XII:	Hilfen zur Gesundheit	Leistungsarten
6. Kapitel SGB XII:	Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	
7. Kapitel SGB XII:	Hilfe zur Pflege	
8. Kapitel SGB XII:	Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	
9. Kapitel SGB XII:	Hilfe in anderen Lebenslagen.	

Abbildung 33: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII im Jahr 2006



Im Laufe des Jahres 2006 erhielten in Deutschland 1,1 Millionen Personen Sozialhilfeleistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII.¹⁸⁾ Die beiden mit Abstand wichtigsten Hilfearten innerhalb dieser besonderen Sozialhilfeleistungen sind dabei die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit 643 000 Empfänger/-innen sowie die Hilfe zur Pflege mit rund 366 000 Empfänger/-innen im Laufe des Jahres 2006 (siehe Abbildung 33).

Wichtigste Hilfearten: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege

Insgesamt gab die öffentliche Hand im Jahr 2006 brutto rund 16,26 Milliarden Euro für die Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII aus; dies entspricht einem Anteil von 79 % an den gesamten Brutttaufwendungen der Sozialhilfe. Diese beliefen sich im Jahr 2006 auf rund 20,48 Milliarden Euro.

Die im 6. Kapitel SGB XII geregelte Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat die Aufgabe, eine drohende Behinderung zu verhüten, eine vorhandene

18) Bremen konnte aus technischen Gründen für das Berichtsjahr 2006 nur einige Eckdaten zur Statistik über die Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII liefern. Sofern möglich, handelt es sich bei den Angaben in diesem Abschnitt um die Daten für Deutschland insgesamt; bei den tiefer gegliederten Daten können nur die Werte für Deutschland ohne Bremen herangezogen werden.

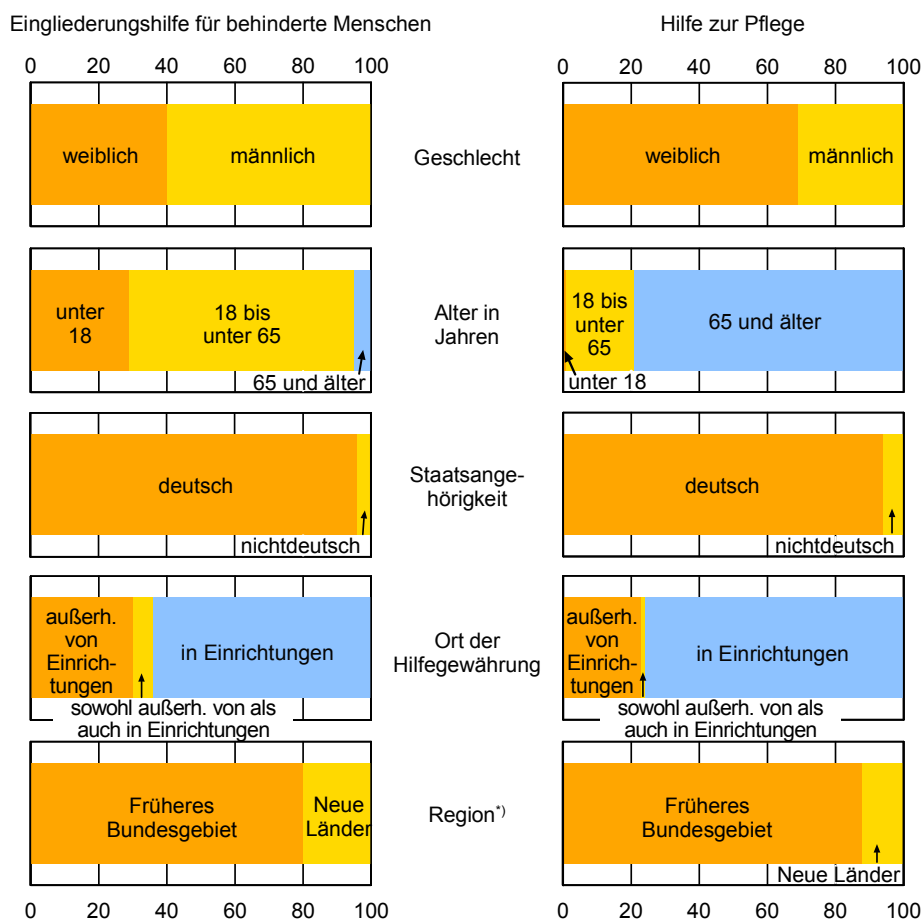
Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen bzw. zu mildern und die Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern. Dazu zählen z. B. Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten, heilpädagogische Leistungen für Kinder oder Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen. Leistungsberechtigt sind alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, so weit die Hilfe nicht von einem vorrangig verpflichteten Leistungsträger – wie zum Beispiel der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit – erbracht wird.

Im Laufe des Jahres 2006 erhielten 643 000 Personen Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. 60 % dieser Empfänger/-innen waren männlich, 40 % weiblich. Der Anteil der deutschen Hilfeempfänger/-innen betrug 96 % (siehe Abbildung 34). Die Empfänger/-innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen waren im Durchschnitt 32 Jahre alt (Männer: 31 Jahre, Frauen: 34 Jahre) und somit vergleichsweise jung.

Mehr Männer als Frauen erhalten Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Abbildung 34: Empfänger/-innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege im Jahr 2006

Anteile in %



*) Jeweils ohne Berlin.

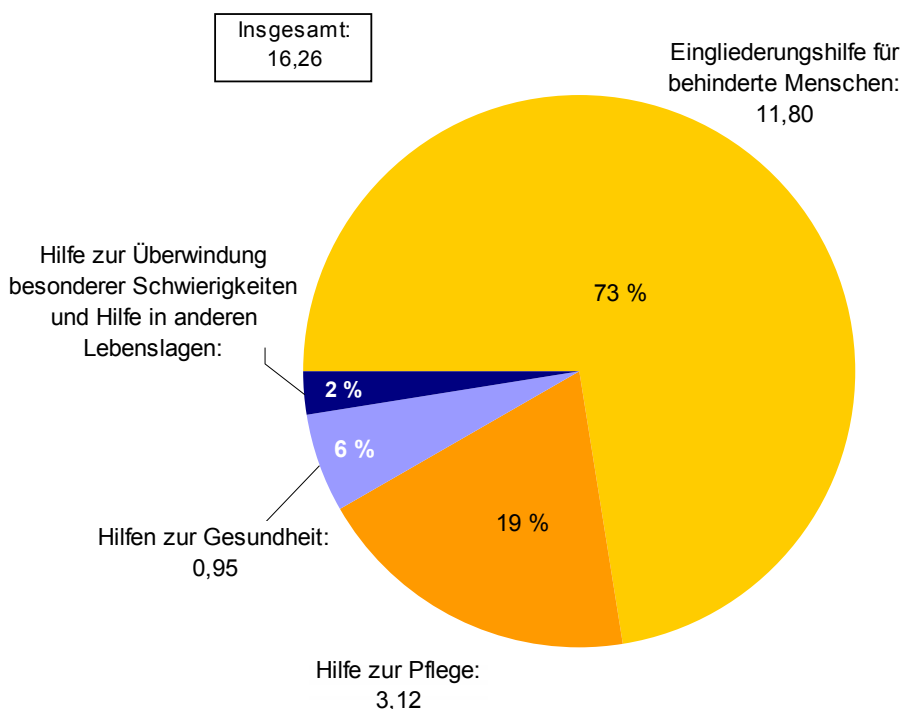
Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wurde 2006 an knapp zwei Drittel der Leistungsberechtigten (64 %) ausschließlich in Einrichtungen gewährt. Knapp ein Drittel der Empfänger/-innen (30 %) erhielt Eingliederungshilfe ausschließlich außerhalb von Einrichtungen. Bei knapp 6 % der Personen, die im Laufe des Jahres 2006 Eingliederungshilfe bezogen, erfolgte die Leistungsgewährung sowohl in als auch außerhalb von Einrichtungen (siehe Abbildung 34).

In knapp zwei Drittel der Fälle (62 %) wird diese Leistungsart von den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe gewährt, d.h. entweder durch die Länder selbst oder höhere Kommunalbehörden (z. B. Landeswohlfahrtsverbände, Landschaftsverbände, Bezirke). Bei gut einem Drittel der Fälle (38 %) erfolgt die Hilfestellung durch die örtlichen Sozialhilfeträger (kreisfreie Städte und Landkreise).

Die höchste Dichte an Empfänger/-innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wies 2006 das Saarland mit 11,8 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner auf, die geringste Dichte verzeichnete Baden-Württemberg mit 5,6 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner (siehe Abbildung 36).

Insgesamt gaben die Träger der Sozialhilfe im Jahr 2006 brutto rund 11,8 Milliarden Euro für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus (siehe Abbildung 35). Mit einem Anteil von knapp 73 % an den Ausgaben der Sozialhilfe für Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII (diese lagen bei 16,26 Milliarden Euro) ist die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen damit die finanziell mit Abstand bedeutendste Hilfeart.

Abbildung 35: Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII im Jahr 2006
in Milliarden EUR



Mit der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII unterstützt die Sozialhilfe pflegebedürftige Personen. Diese Leistung wird denjenigen gewährt, die in Folge von Krankheit oder Behinderung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen sind. Hilfe zur Pflege wird jedoch nur geleistet, wenn Pflegebedürftige die Pflegeleistungen finanziell weder selbst tragen können noch sie von anderen – zum Beispiel der Pflegeversicherung – erhalten. Bis zum Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes zum 1. Januar 1995 und den daraus resultierenden Leistungen seit April 1995 (häusliche Pflege) beziehungsweise seit Juli 1996 (stationäre Pflege) war die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe das wichtigste Instrument zur materiellen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit.

**Voraussetzungen
für den Bezug von
Hilfe zur Pflege**

Im Laufe des Jahres 2006 erhielten rund 366 000 Personen Hilfe zur Pflege (siehe Abbildung 33). Gut drei Viertel (76 %) dieser Personen befanden sich 2006 zumindest vorübergehend in stationärer Pflege. In knapp einem Viertel der Fälle (24 %) wurde die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gewährt. Bei den Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege überwogen – im Gegensatz zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen – die Frauen mit einem Anteil von 69 % deutlich. Der Anteil der deutschen Hilfeempfänger/-innen betrug 94 % (siehe Abbildung 34).

**Drei Viertel der
Empfänger/-innen
in stationärer
Pflege**

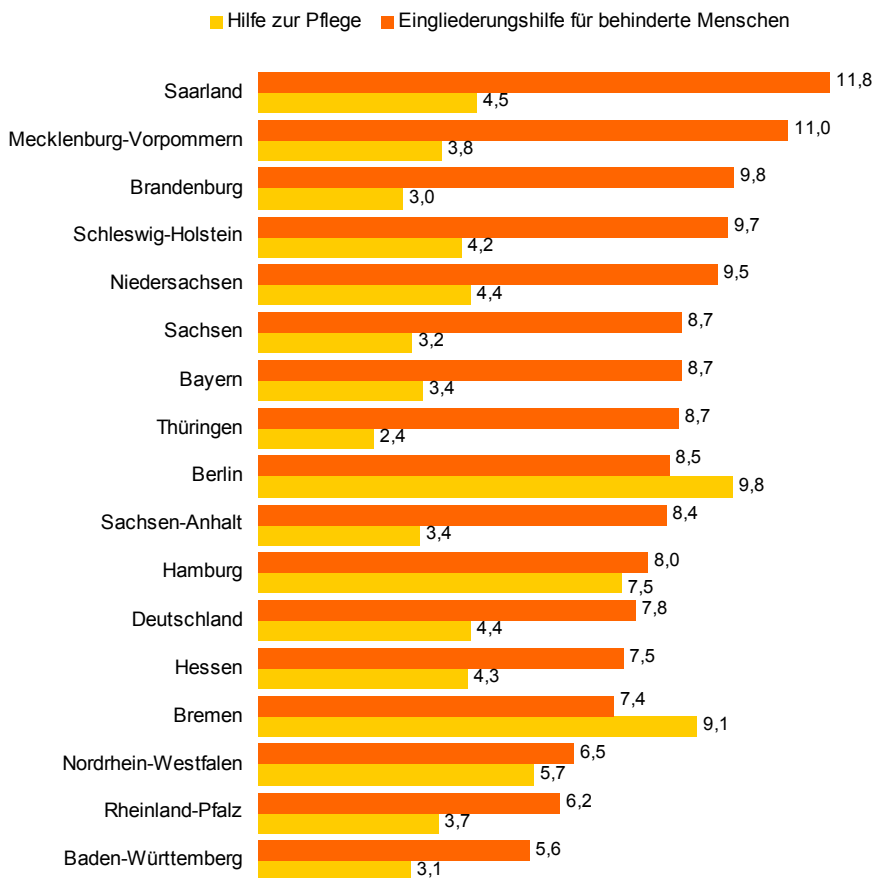
Die Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege waren im Durchschnitt 75 Jahre alt (Männer: 66 Jahre, Frauen: 80 Jahre) und somit deutlich älter als die Empfänger/-innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

Regional betrachtet wurde die Hilfe zur Pflege in den Stadtstaaten weitaus häufiger in Anspruch genommen als in den Flächenländern. So waren in Berlin (9,8 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner), Bremen (9,1 je 1 000 Einwohner) und Hamburg (7,5 je 1 000 Einwohner) die Bezugsquoten mit Abstand am höchsten; die wenigsten Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege gab es in Thüringen (2,4 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner) und Brandenburg (3,0 je 1 000 Einwohner) (siehe Abbildung 36).

**Höchste Inan-
spruchnahme
in den Stadt-
staaten**

Für die Hilfe zur Pflege gaben die Sozialhilfeträger im Jahr 2006 brutto insgesamt 3,12 Milliarden Euro aus (siehe Abbildung 35).

Abbildung 36: Empfänger/-innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege je 1 000 Einwohner im Laufe des Jahres 2006



Darüber hinaus gab es im Laufe des Jahres 2006 zusammen rund 78 000 Empfänger/-innen von Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (zu den Leistungen zählen u. a. Beratung und persönliche Betreuung des Leistungsberechtigten und seiner Angehörigen) nach dem 8. Kapitel SGB XII sowie von Hilfen in anderen Lebenslagen (u. a. Alten-/Blindenhilfe) nach dem 9. Kapitel SGB XII, für die brutto zusammen 0,39 Milliarden Euro aufgewandt wurden. Ferner erhielten rund 62 000 Empfänger/-innen unmittelbar vom Sozialamt gewährte Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII. Hilfe zur Gesundheit wird Personen gewährt, die ansonsten keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz – zum Beispiel aufgrund einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung – genießen. Neben den unmittelbar vom Sozialamt gewährten Hilfen zur Gesundheit wurden in der amtlichen Sozialhilfestatistik noch nachrichtlich 133 000 nicht gesetzlich krankenversicherte Personen erfasst, deren Behandlungskosten im Bedarfsfall zunächst über die Krankenkassen abgewickelt und später den Krankenkassen durch die Sozialhilfeträger erstattet werden. Für die Hilfen zur Gesundheit (einschließlich der Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung) wurden 2006 insgesamt 0,95 Milliarden Euro aufgewendet.

Weitere Hilfearten:
Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten; Hilfen zur Gesundheit

7.4 Kinderzuschlag

Der Kinderzuschlag wurde mit der Hartz IV-Reform zum Jahresbeginn 2005 als einkommensabhängige Ergänzung zum Kindergeld eingeführt. Diese Sozialleistung erhalten gering verdienende Eltern, deren Einkommen zwar für sich selbst, nicht aber für ihre im Haushalt lebenden Kinder unter 25 Jahren ausreicht. Ziel des Kinderzuschlags ist es, aufbauend auf dem Einkommen der Eltern den Bedarf der Kinder abzusichern, sodass die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB II für die gesamte Familie vermieden werden kann. Der Kinderzuschlag beträgt maximal 140 Euro je Monat und Kind. Eventuell vorhandenes Einkommen und Vermögen des Kindes mindert die Höhe des Kinderzuschlags. Der Bezug des Kinderzuschlags war bis einschließlich 2007 auf drei Jahre befristet¹⁹⁾ und wurde zusätzlich zum Kindergeld gewährt.

**Kinderzuschlag
zur Vermeidung
von SGB II-Bezug**

**Tabelle 6: Gestellte, erledigte und bewilligte Anträge auf Kinderzuschlag
2004 bis 2006**

	2004 ¹⁾	2005	2006	Insgesamt
Gestellte Anträge	50 516	570 730	208 814	830 060
Erledigte Anträge	18 686	504 197	241 976	764 859
Bewilligte Anträge	815	52 755	38 009	91 579
Bewilligungsquote in %	4,4	10,5	15,7	12,0

1) Bereits im Jahr 2004 gestellte Anträge betrafen Zeiträume ab Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2005.

Quelle: Deutscher Bundestag, Drucksache 16/4670

Zuständig für den Kinderzuschlag und die damit zusammenhängende Statistik sind die Familienkassen der Bundesagentur für Arbeit. Seit Einführung dieser Leistung wurden bis Ende 2006 rund 830 000 Anträge gestellt. Etwa 92 % der Anträge sind in diesem Zeitraum abschließend bearbeitet worden. Rund 92 000 Anträge wurden insgesamt bewilligt. Damit liegt die Bewilligungsquote bei 12 %. Ein wichtiger Grund für die vergleichsweise hohe Zahl abgelehnter Anträge war, dass das Einkommen der Eltern die erforderliche Mindestgrenze unterschritten hat. Das heißt mit anderen Worten, dass das Einkommen der Eltern nicht ausgereicht hat, um zumindest den eigenen Bedarf zu decken. In diesen Fällen besteht kein Anspruch auf Kinderzuschlag, sondern auf Leistungen nach dem SGB II.

**Bewilligungs-
quote: 12 %**

Gemäß den Statistiken der Familienkasse der Bundesagentur für Arbeit wurde als weiterer wichtiger Ablehnungsgrund angegeben, dass der Gesamtbedarf der Bedarfsgemeinschaft durch das vorhandene Einkommen gedeckt werden konnte.

Die Ausgaben für den Kinderzuschlag betrugen im Jahr 2005 rund 103,5 Millionen Euro; im Jahr 2006 lagen sie bei rund 138,6 Millionen Euro.²⁰⁾

Ab dem 1. Oktober 2008 tritt eine Gesetzesänderung zum Kinderzuschlag in Kraft. Diese sieht u. a. einheitlich festgelegte und abgesenkte Mindesteinkommensgrenzen für Eltern, die Anspruch auf den Kinderzuschlag haben, vor. Diese Mindesteinkommensgrenzen liegen dann für Alleinerziehende bei 600 Euro brutto je Monat

19) Durch die Änderung des § 6a des Bundeskindergeldgesetzes ist der Bezug des Kinderzuschlags seit 2008 bei Bedürftigkeit zeitlich unbegrenzt.

20) Siehe Deutscher Bundestag, Drucksache 16/4670, S. 9.

und für Paare bei 900 Euro brutto je Monat. Laut Gesetzentwurf sollen mit dieser Maßnahme 120 000 Kinder und 50 000 Familien durch den Kinderzuschlag zusätzlich erreicht werden.

Anhang

Überblick zur Sozialberichterstattung in Deutschland

Die Sozialberichterstattung in Deutschland weist eine langjährige Tradition auf und ist ein Forschungsfeld, welches die Lebensbedingungen der Bevölkerung anhand von Statistiken und Befragungen abbildet und bewertet. Ziel der Sozialberichterstattung ist die kontinuierliche Beobachtung des sozialen Wandels. Dabei werden Zustand und Veränderungen der Lebensbedingungen gemessen, beschrieben und analysiert. Sie trägt zur Aufklärung der (Fach-) Öffentlichkeit sowie zur Bereitstellung entscheidungsrelevanter quantitativer Informationen für Gesellschaft und Politik bei.

Die Entwicklung der Sozialberichterstattung verlief seit 1950 in den beiden ehemals getrennten deutschen Staaten sehr unterschiedlich. Dies kommt vor allem in einer differenzierten Dokumentation zum Ausdruck. Während in der Bundesrepublik Deutschland auf diesem Themenfeld intensiv geforscht und die Ergebnisse veröffentlicht wurden, existieren für die Zeit der ehemaligen DDR nur wenige Publikationen, die der Sozialberichterstattung zugerechnet werden können. Ein umfassendes Bild über die Lebensqualität der Bevölkerung sowie Trends ihrer Entwicklung in der DDR lassen sich aufgrund der Datenlage nicht skizzieren. So wurden neben den herkömmlichen Statistiken (z. B. Bevölkerungsstruktur und -entwicklung, Beschäftigte nach Wirtschaftsbereichen, Bildung) zwar Daten zur Zeitverwendung der Erwerbstätigen, zu Lebensstandards bzw. Haushaltseinkommen und zur Ausstattung der Haushalte erfasst, jedoch standen diese nur einem ausgewählten Kreis an Führungspersonen in Partei und Staat zur Verfügung.²¹⁾

Bis in die 70er-Jahre bediente sich die Sozialberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland ausschließlich objektiver Sozialindikatoren, vor allem aus den Bereichen Bevölkerung, Bildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen. Anhand dieser Indikatoren wurden Klassen und Schichten gebildet, welche die soziale Struktur widerspiegeln sollten. Mit der ebenfalls in den 70er-Jahren aufkommenden sozialwissenschaftlichen Umfrageforschung (u. a. Markt- und Meinungsforschung) erhielten die objektiven Indikatoren eine fachliche und methodische Erweiterung durch subjektive Indikatoren. Subjektive Indikatoren sollen Wahrnehmungen sowie Einstellungen der Bevölkerung messen. Dadurch kann eine weitere Dimension der sozialen Wirklichkeit (z. B. Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Lebensbedingungen) analysiert werden, die sich allein durch objektive Indikatoren nicht abbilden lässt.

In den 80er-Jahren entwickelte sich das Konzept der Sozialberichterstattung vom Klassen- und Schichtmodell weiter hin zum Lebenslagenkonzept, bei welchem unter anderem auch die subjektiven Lebensbedingungen verstärkt in die Betrachtung mit einbezogen wurden. Das Lebenslagenkonzept ist ein mehrdimensionaler Ansatz. Armut wird danach nicht nur auf einen Mangel an finanziellen Ressourcen bezogen, sondern umfassender auf einen Mangel an Verwirklichungs- und Teilhabechancen. Neben der finanziellen Situation geraten bei diesem Ansatz auch weitere Lebenslagedimensionen wie Erwerbsbeteiligung, Bildung, Gesundheit, Wohnen, etc. ins Blickfeld.

Definition

Unterschiedliche Entwicklung in der Bundesrepublik und in der DDR

70er-Jahre

80er-Jahre

21) Hermann, S.: Konzept einer integrierten handlungsorientierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung im regionalen Ansatz, Berlin 2006, S. 48.

Pioniere auf dem Gebiet der Armutsberichterstattung als Teilbereich der Sozialberichterstattung waren die Kommunen.²²⁾ Die ersten kommunalen Armutsberichte erschienen bereits in den 80er-Jahren zunächst in den Großstädten. Die Zahl der Kommunen, die regelmäßig Berichte zur Entwicklung der Lebenslage der Bevölkerung „vor Ort“ erstellt, nahm seitdem stetig zu. Die kommunale Armutsberichterstattung bildet die Grundlage der örtlichen Sozialplanung wie auch der Organisation und Veränderung örtlicher Hilfesysteme. Diese konsequente Berichterstattung auf kleinräumiger Ebene als lokales Beobachtungsinstrument hat maßgeblichen Anteil an der Entwicklung der Sozialberichterstattung in Deutschland.²³⁾

Kommunale Armutsbericht- erstattung

Im Jahr 1990 wurde erstmals die soziale Lage der Bevölkerung in der DDR analysiert und die Ergebnisse einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Der Bericht enthält die Themenfelder Bevölkerung, Bildung, Arbeit, Einkommen und Verbrauch, Wohnen, Umwelt, Gesundheit, Sozialversicherung, Freizeit/Kultur, Familie, Gesellschaftliche Beteiligung, Rechtspflege sowie Lebensbedingungen verschiedener sozialer Gruppen im räumlichen Vergleich.²⁴⁾

90er-Jahre

Ab Mitte der 90er-Jahre begannen die Bundesländer damit, Sozialberichte zu erarbeiten und zu veröffentlichen. Dabei handelte es sich in der Mehrzahl um Armutsberichte oder Berichte zur sozialen Lage der Bevölkerung. Allerdings weisen die Ländersozialberichte erhebliche inhaltliche und methodische Unterschiede auf. So werden zum Teil unterschiedliche Datenquellen und unterschiedliche Indikatoren verwendet. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Auch die Periodizität der Veröffentlichungen unterscheidet sich von Land zu Land sehr deutlich und reicht von einem einmaligen Bericht in Form einer Bestandsaufnahme bis hin zu einer kontinuierlichen Berichterstattung, die jährlich fortgeschrieben wird (siehe Tabelle 7). In der Regel basieren die Sozialberichte der Länder auf Forschungsaufträgen, die von den jeweiligen Landesregierungen an Forschungsinstitute erteilt werden. Zum Teil wird von den Forschungsinstituten der gesamte Bericht erstellt, teilweise werden aber auch Gutachten zu bestimmten Themengebieten in Auftrag gegeben, auf deren Basis der Bericht von dem federführenden Ressort der Landesregierung erstellt wird. Auch die Statistischen Landesämter sind häufig an der Erarbeitung der Sozialberichte beteiligt, da sie für die Bereitstellung der amtlichen Statistiken aus unterschiedlichen Themenbereichen zuständig sind.

Landessozial- berichte

22) Vgl. Mardorf, S.: Konzepte und Methoden von Sozialberichterstattung, Wiesbaden 2006, S. 29.

23) http://www.mags.nrw.de/sozialberichte/sozialberichte_anderer_institutionen/national/index.php.

24) Sozialreport 1990 – Daten und Fakten zur sozialen Lage in der DDR, Institut für Soziologie und Sozialpolitik der Akademie der Wissenschaften der DDR.

Tabelle 7: Auswahl von bisher erschienenen Landesberichten im sozial-politischen Bereich ²⁵⁾

Bundesland	Titel	Herausgeber	Jahr
Baden-Württemberg	Familien in Baden-Württemberg, Familienbericht 1998	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg	1998
	Migration und Migrantenfamilien in Baden-Württemberg. Familienbericht 2004, Teil 2.		2004
Bayern	Material- und Analyseband zur sozialen Lage in Bayern 1998	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit	1999
	Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern	Bayerische Staatsregierung	1999
Berlin	Bericht zur sozialen Lage in Berlin	Senatsverwaltung für Soziales Berlin	1995
	Sozialstrukturatlas Berlin 1997. Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse		1997
	Sozialstrukturatlas Berlin. Fortschreibung 1997		1997
	Sozialstrukturatlas Berlin 1999. Eine soziale Diagnose für Berlin		1999
	Armut und soziale Ungleichheit in Berlin. Armutsbericht 2002	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz	2002
	Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung		2004
	Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin		2006
Brandenburg	Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg	2001
	Sozialpolitik im Überblick 2003		2003
	Zwei Geschlechter – Zwei Gesundheit?		2003
	Brandenburger Sozialindikatoren 2004 - Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg	Landesgesundheitsamt im Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg	2005
	Gesund alt werden - Soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen im Land Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg	2005
Bremen	Bislang noch kein umfassender Sozialbericht seitens der Landesregierung erschienen		
Hamburg	Armut in Hamburg. Beiträge zur Sozialberichterstattung	Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales	1996
	Armut in Hamburg II. Beiträge zur Sozialberichterstattung. Zweiter Armutsbericht für die Freie und Hansestadt Hamburg		1997
Hessen	Bislang noch kein umfassender Sozialbericht seitens der Landesregierung erschienen, erster Bericht ist derzeit in Planung		

25) Auf der Internetseite „Sozialberichte NRW online“ finden sich ein aktueller Überblick über die Sozialberichte der Länder, Informationen zu den jeweiligen Inhalten und Ansprechpartner sowie Verweise zu den Berichten.
http://www.mags.nrw.de/sozialberichte/sozialberichte_anderer_institutionen/national/laender/index.php.

Noch Tabelle 7: Auswahl von bisher erschienenen Landesberichten im sozialpolitischen Bereich

Bundesland	Titel	Herausgeber	Jahr
Mecklenburg-Vorpommern	Sozialberichterstattung für das Land Mecklenburg-Vorpommern - Alleinerziehende und kinderreiche Familien	Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern	1999
	Sozialberichterstattung für das Land Mecklenburg-Vorpommern - Problemgruppen des Arbeitsmarktes - Langzeitarbeitslose und arbeitslose Behinderte		1999
Niedersachsen	Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum	Niedersächsischer Landtag	1998
	Niedersächsischer Armuts- und Reichtumsbericht	Niedersächsisches Landesamt für Statistik	jährlich, zuletzt 2007
Nordrhein-Westfalen	Sozialbericht 1998	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	1998
	Sozialbericht 2003		2003
	Sozialbericht 2004		2004
	Sozialbericht 2007		2007
Rheinland-Pfalz	Armut in Rheinland-Pfalz. Bericht '98	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz	1998
	Armutsbericht		2004
Saarland	Bislang noch kein umfassender Sozialbericht seitens der Landesregierung erschienen		
Sachsen	Sächsischer Familienbericht	Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie	1997
	Zur sozialen Lage im Freistaat Sachsen		2002
	Zweiter sächsischer Kinder- und Jugendbericht	Sächsisches Staatsministerium für Soziales	2003
	Sächsischer Seniorenbericht		2004
	Sozialbericht 2006 - Lebenslagen in Sachsen		2006
Sachsen-Anhalt	Arbeitsmarkt- und Sozialbericht des Landes Sachsen-Anhalt 2000/2001	Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	2002
	Armut und Reichtum in Sachsen-Anhalt	Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	2003
	Sozialbericht des Landes Sachsen-Anhalt 2002-2004		2006
Schleswig-Holstein	Landesarbeitsbericht Schleswig-Holstein	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein	1999
Thüringen	3. Thüringer Sozialbericht	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit	2003
	Materialband zum 3. Thüringer Sozialbericht		2003

Im Jahr 2000 erteilte der Deutsche Bundestag der Bundesregierung den Auftrag, in jeder Legislaturperiode einen Armuts- und Reichtumsbericht vorzulegen. Der erste Bericht wurde 2001 unter dem Titel „Lebenslagen in Deutschland“ veröffentlicht; der zweite Bericht folgte vier Jahre später im März 2005 und der dritte Bericht im Juli 2008. Mit diesen jeweils mehrere Hundert Seiten umfassenden Berichten wurde erstmals eine detaillierte Analyse der sozialen Lage in ganz Deutschland mit national vergleichbaren Standards vorgelegt. Dabei wurden die Lebenslagen der Menschen in Deutschland im Hinblick auf Einkommen, Vermögen, Erwerbstätigkeit und Bildungsbeteiligung auf Basis objektiver statistischer Daten analysiert. Zielsetzungen einer regelmäßigen Armuts- und Reichtumsberichterstattung sind laut Bundesregierung u. a. die Bestandsaufnahme und Analyse der sozialen Realität auf der Basis von empirisch-statistischem Material und wissenschaftlichen Unter-

Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

suchungen sowie die Darstellung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung.²⁶⁾ Den drei Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung liegen Statistiken aus unterschiedlichen amtlichen und nichtamtlichen Datenquellen zugrunde. Die Ergebnisse werden in der Regel nicht nach Bundesländern aufgegliedert, sondern stellen die Situation auf Bundesebene im Zeitverlauf dar. Die Anbindung der nationalen Armuts- und Reichtumsberichterstattung an die Sozialschutzaktivitäten auf Ebene der Europäischen Union zeigt sich in der Verwendung der sogenannten „Laeken-Indikatoren“ ab dem zweiten Armuts- und Reichtumsbericht. Es handelt sich dabei um 18 soziale Indikatoren, die vom Europäischen Rat im Jahr 2001 verabschiedet wurden und seitdem eine zentrale Rolle bei der regelmäßigen Sozialberichterstattung auf europäischer Ebene spielen.

Neben dem Armuts- und Reichtumsbericht existieren auf Bundesebene weitere Standardwerke, die anhand statistischer Daten die soziale Lage unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen darstellen (siehe Tabelle 8). Dabei ist im Wesentlichen zwischen amtlichen und nichtamtlichen Akteuren zu unterscheiden. Zu den amtlichen Akteuren zählen auf Bundesebene hauptsächlich die Ministerien, die im sozialpolitischen Bereich aktiv sind. Bei den nichtamtlichen Akteuren kann zwischen den (Wohlfahrts-) Verbänden und den Sozialforschungsinstituten als Herausgeber der Berichte unterschieden werden. Die Veröffentlichungen der großen Wohlfahrtsverbände konzentrieren sich recht konkret auf die Armutsberichterstattung, während die Sozialforschungsinstitute mehrere Themenbereiche in die Berichterstattung mit einbeziehen.

**Akteure der
Sozialbericht-
erstattung**

Ein weiteres Standardprodukt im Bereich der Sozialberichterstattung ist der „Datenreport“, der 1985 erstmals als Gemeinschaftsveröffentlichung von Statistischem Bundesamt, dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen Mannheim (ZUMA), dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und der Bundeszentrale für politische Bildung publiziert wurde. Ziel der gemeinsamen Veröffentlichung war es, eine „Brücke“ zwischen amtlicher Statistik und empirischer Sozialforschung zu schlagen und eine regelmäßige Sozialberichterstattung in Form einer umfassenden Darstellung der Lebensbedingungen und dem subjektiven Wohlbefinden in Deutschland zu etablieren. Der Datenreport erscheint in einem zweijährigen Rhythmus und richtet sich an die breite Öffentlichkeit. Er besteht aus zwei voneinander unabhängigen Teilen. Der erste Teil wird im Statistischen Bundesamt erstellt und bietet einen Überblick über das gesamte Themenspektrum der amtlichen Statistik. Der zweite Teil basiert auf unterschiedlichen repräsentativen Befragungen und fokussiert auf gesellschafts- und sozialpolitische Themen. Dieser Teil wird von den oben genannten Sozialforschungsinstituten konzipiert und erweitert das Informationsangebot der amtlichen Statistik.

Datenreport

26) Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 4.

Tabelle 8: Akteure der Sozialberichterstattung; Auswahl an bedeutenden Berichten

Amtliche Akteure	Titel	Federführung
Bund	Armuts- und Reichtumsbericht	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
	Sozialbericht	
	Sozialbudget	
	Nationaler Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung	
	Alterssicherung in Deutschland	
	Bildungsbericht	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Kultusministerkonferenz der Länder
	Migrationsbericht	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
	Bericht über die Lage von Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland	Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
	Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland	BMBF in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Studentenwerk
	Bericht zur Lage der älteren Generation	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
	Familienbericht	
	Kinder- und Jugendbericht	
	Altenbericht	
	Wohngeld- und Mietenbericht	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS)
	Datenreport (Teil 1)	Statistisches Bundesamt, Bundeszentrale für politische Bildung
Länder	siehe Tabelle 7	
Kommunen	Es existieren mindestens 342 kommunale Sozialberichte ²⁷⁾	

27) Vgl. Mardorf, S.: Konzepte und Methoden von Sozialberichterstattung, Wiesbaden 2006, S. 164.

Noch Tabelle 8: Akteure der Sozialberichterstattung; Auswahl an bedeutenden Berichten

Nichtamtliche Akteure	Titel	Federführung
Verbände	Armut und Ungleichheit in Deutschland	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPW), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Hans-Böckler-Stiftung
	Sozialpolitische Bilanzen u. a. zu Armut von Kindern und Jugendlichen/Armut und Gesundheit	Nationale Armutskonferenz
	Arme unter uns	Caritas
	Armes reiches Deutschland	26 kirchliche Herausgeber
	Armut in Deutschland – Bevölkerungsgruppen unterhalb der ALG II-Grenze	Hans-Böckler-Stiftung, J. W. Goethe-Universität Frankfurt a. M.
	Mehrere Berichte zur Armut von Kindern und Jugendlichen	Arbeiterwohlfahrt (AWO)
Sozialforschungsinstitute	Datenreport Teil 2	Bundeszentrale für politische Bildung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA)
	Sozialreport	Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. (SFZ)
	Zahlreiche Publikationen auf Basis der allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS)	Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen e.V. (GESIS)
	Zahlreiche Publikationen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panel (SOEP)	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

Tabellen/Zeitreihen

**Tabelle A1: Empfänger/-innen von Leistungen der sozialen Mindestsicherung
am Jahresende 2006 nach Ländern**

Land	Leistungen nach dem SGB II			Lfd. HLU a. v. Einr. 2)	Grund- sicherung 3)	Asyl 4)	KOF 5)	Insge- samt
	zusam- men	davon						
		ALG II 1)	Sozial- geld					
Baden-Württemberg . .	511 993	358 607	153 386	5 409	67 236	15 797	6 384	606 819
Bayern	549 987	392 184	157 803	8 075	82 833	12 677	6 092	659 664
Berlin	606 120	451 638	154 482	7 233	51 922	13 168	3 313	681 756
Brandenburg	346 809	271 304	75 505	1 802	16 954	4 616	989	371 170
Bremen	100 200	71 914	28 286	1 506	9 753	4 139	405	116 003
Hamburg	203 848	148 203	55 645	3 130	23 618	10 029	1 675	242 300
Hessen	457 579	319 854	137 725	9 284	57 303	14 949	6 941	546 056
Mecklenburg- Vorpommern	280 133	219 395	60 738	1 594	14 863	3 588	692	300 870
Niedersachsen	708 113	497 085	211 028	8 673	74 064	25 468	4 859	821 177
Nordrhein-Westfalen .	1 692 420	1 200 963	491 457	19 384	164 661	58 416	16 613	1 951 494
Rheinland-Pfalz	260 174	183 156	77 018	2 881	31 834	6 758	2 824	304 471
Saarland	87 659	63 870	23 789	1 390	9 725	2 114	871	101 759
Sachsen	565 924	441 445	124 479	2 841	21 778	7 039	2 014	599 596
Sachsen-Anhalt	381 066	298 136	82 930	2 481	17 415	6 098	865	407 925
Schleswig-Holstein . . .	257 268	182 102	75 166	4 767	26 519	4 420	2 546	295 520
Thüringen	274 200	210 965	63 235	1 368	11 513	4 286	2 766	294 133
Deutschland	7 283 493	5 310 821	1 972 672	81 818	681 991	193 562	59 849	8 300 713

1) Arbeitslosengeld II.

2) Laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII.

3) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.

4) Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

5) Laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge.

Quellen: Leistungen nach SGB II: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, alle weiteren Daten:
Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Tabelle A2: Bruttoausgaben für ausgewählte Leistungen der sozialen Mindestsicherung im Jahr 2006 nach Ländern

Land	Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII			Regel- leistungen nach dem Asyl- bewerber- leistungs- gesetz	Leistungen der Kriegs- opfer- fürsorge
	zusammen	davon			
		Lfd. HLU a. v. Einr. 1)	Grundsiche- rung 2)		
Baden-Württemberg	376 670,9	38 717,9	337 953,0	56 292,5	51 265,6
Bayern	443 540,0	41 910,8	401 629,2	73 989,1	75 752,9
Berlin	276 346,8	53 221,7	223 125,1	63 662,9	21 637,3
Brandenburg	69 089,5	7 961,5	61 128,0	16 748,1	3 175,7
Bremen	52 400,9	10 300,3	42 100,6	20 430,1	5 112,3
Hamburg	141 108,9	21 880,5	119 228,4	38 710,9	13 341,3
Hessen	347 414,7	61 460,7	285 953,9	76 429,8	56 316,2
Mecklenburg-Vorpommern	62 076,0	7 490,7	54 585,3	15 299,2	1 827,3
Niedersachsen	427 493,4	46 774,7	380 718,7	104 890,4	40 493,4
Nordrhein-Westfalen	828 907,7	105 451,3	723 456,5	244 717,7	195 289,4
Rheinland-Pfalz	166 981,1	11 228,2	155 752,9	28 368,3	26 760,2
Saarland	53 960,0	6 358,9	47 601,2	6 850,8	6 269,1
Sachsen	93 767,6	11 444,6	82 323,0	33 855,0	7 633,1
Sachsen-Anhalt	73 032,3	10 207,0	62 825,2	27 478,0	5 380,9
Schleswig-Holstein	161 872,2	22 697,4	139 174,9	24 415,4	14 872,4
Thüringen	45 651,0	5 331,5	40 319,5	18 798,8	5 608,7
Deutschland	3 620 313,0	462 437,7	3 157 875,2	850 937,0	530 735,8

1) Laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII.

2) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.

Tabelle A3: Empfänger/-innen von Arbeitslosenhilfe und Bruttoausgaben der Arbeitslosenhilfe von 1969 bis 2004 in Deutschland *)

Jahr	Empfänger/-innen von Arbeitslosenhilfe 1)	Bruttoausgaben der Arbeitslosenhilfe in 1 000 EUR
1969	27 989	58 949
1970	17 099	36 481
1971	15 375	38 290
1972	20 080	58 239
1973	22 780	73 450
1974	40 127	154 476
1975	110 175	500 784
1976	164 476	788 587
1977	163 390	815 476
1978	157 115	847 403
1979	134 019	1 009 525
1980	121 632	972 927
1981	169 731	1 457 177
1982	290 727	2 564 115
1983	485 259	3 642 236
1984	597 847	4 458 169
1985	617 190	4 666 142
1986	600 962	4 683 438
1987	576 893	4 616 736
1988	528 485	4 318 608
1989	496 304	4 194 482
1990	432 982	3 879 128
1991	415 271	3 647 934
1992	528 786	4 655 724
1993	759 187	7 145 335
1994	949 859	8 912 392
1995	981 733	10 463 896
1996	1 104 438	12 386 021
1997	1 353 798	14 305 956
1998	1 504 054	15 562 542
1999	1 494 678	15 580 677
2000	1 456 673	13 161 453
2001	1 477 472	12 777 443
2002	1 692 198	14 756 238
2003	1 994 444	16 532 475
2004	2 193 878	18 757 913

*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

1) Bestand im Jahresdurchschnitt.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Tabelle A4: Empfänger/-innen von Arbeitslosenhilfe und Empfängerquoten nach Ländern in den Jahren 1994 und 2004 *)

Land	1994		2004	
	Empfänger/-innen	Empfänger- quote ¹⁾	Empfänger/-innen	Empfänger- quote ¹⁾
Baden-Württemberg	64 366	0,9	127 022	1,8
Bayern	60 104	0,7	149 123	1,8
Berlin	63 505	2,6	168 833	7,0
Brandenburg	55 426	3,2	153 488	8,5
Bremen	16 879	3,6	24 738	5,6
Hamburg	21 866	1,8	41 523	3,5
Hessen	44 563	1,1	103 712	2,5
Mecklenburg-Vorpommern	45 203	3,6	119 182	9,9
Niedersachsen	86 075	1,6	181 840	3,5
Nordrhein-Westfalen	216 673	1,8	430 721	3,6
Rheinland-Pfalz	28 313	1,1	65 989	2,5
Saarland	17 388	2,4	24 136	3,5
Sachsen	85 175	2,8	245 965	8,4
Sachsen-Anhalt	64 334	3,4	171 946	10,0
Schleswig-Holstein	27 731	1,5	63 960	3,5
Thüringen	52 259	3,0	121 698	7,4
Deutschland	949 858	1,7	2 193 878	4,0

*) Bestand jeweils im Jahresdurchschnitt.

1) Anteil der Empfänger/-innen von Arbeitslosenhilfe an der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in %.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Tabelle A5: Empfänger/-innen von Sozialhilfe im engeren Sinne und Empfängerquoten von 1963 bis 2004 jeweils am Jahresende

Jahr	Empfänger/-innen von Sozialhilfe im engeren Sinne 1)		Davon			
	Anzahl in 1 000	Sozial- hilfe- quote 2) in %	Deutsche		Ausländer/-innen	
			Anzahl in 1 000	Sozial- hilfe- quote 2) in %	Anzahl in 1 000	Sozial- hilfe- quote 2) in %
Früheres Bundesgebiet						
1963	584	1,0	·	·	·	·
1964	560	1,0	·	·	·	·
1965	522	0,9	·	·	·	·
1966	540	0,9	·	·	·	·
1967	544	0,9	·	·	·	·
1968	521	0,9	·	·	·	·
1969	510	0,8	·	·	·	·
1970	528	0,9	·	·	·	·
1971	582	0,9	·	·	·	·
1972	625	1,0	·	·	·	·
1973	676	1,1	·	·	·	·
1974	768	1,2	·	·	·	·
1975	852	1,4	·	·	·	·
1976	905	1,5	·	·	·	·
1977	948	1,5	·	·	·	·
1978	908	1,5	·	·	·	·
1979	852	1,4	·	·	·	·
1980	851	1,4	781	1,4	71	1,5
1981	847	1,4	760	1,3	87	1,8
1982	1 025	1,7	917	1,6	109	2,3
1983	1 141	1,9	1 023	1,8	118	2,6
1984	1 217	2,0	1 092	1,9	126	2,9
1985	1 398	2,3	1 214	2,1	184	4,1
1986	1 468	2,4	1 229	2,2	239	5,1
1987	1 552	2,5	1 275	2,2	278	6,5
1988	1 619	2,6	1 271	2,2	348	7,5
1989	1 737	2,8	1 324	2,3	414	8,3
1990	1 772	2,8	1 289	2,2	483	8,9
Deutschland						
1991	2 036	2,5	1 469	2,0	567	9,3
1992	2 339	2,9	1 581	2,1	758	11,4
1993	2 450	3,0	1 705	2,3	745	10,7
1994 3)	2 258	2,8	1 813	2,4	445	6,3
1995	2 516	3,1	1 995	2,7	520	7,1
1996	2 695	3,3	2 057	2,8	637	8,5
1997	2 893	3,5	2 228	3,0	665	9,0
1998	2 879	3,5	2 215	3,0	665	9,1
1999	2 792	3,4	2 163	2,9	629	8,6
2000	2 677	3,3	2 083	2,8	594	8,2
2001	2 699	3,3	2 097	2,8	602	8,2
2002	2 757	3,3	2 143	2,8	614	8,4
2003 4)	2 816	3,4	2 198	2,9	618	8,4
2004	2 910	3,5	2 275	3,0	635	8,7

1) Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen.

2) Anteil an der jeweiligen Bevölkerung in %.

3) Rückgang der Sozialhilfeempfängerzahl aufgrund der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes im November 1993.

4) Inklusive geringfügiger nachträglicher Korrekturen von Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Die Einführung des Grundsicherungsgesetzes zum 1. Januar 2003 bewirkte insbesondere bei den über 65-Jährigen einen Rückgang der Sozialhilfeempfängerzahl.

Tabelle A6: Bruttoausgaben der Hilfe zum Lebensunterhalt von 1980 bis 2004

Jahr	Ausgaben für Hilfeleistungen an Berechtigte ¹⁾		
	insgesamt	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
	in EUR		
Früheres Bundesgebiet			
1980	2 218 317 456	1 873 987 957	344 329 498
1981	2 451 859 516	2 084 557 595	367 301 920
1982	2 822 676 064	2 430 876 485	391 799 577
1983	3 130 525 026	2 729 226 843	401 298 181
1984	3 451 999 030	3 022 783 935	429 215 094
1985	4 102 894 179	3 638 815 550	464 078 629
1986	4 803 810 861	4 324 440 592	479 370 268
1987	5 250 773 945	4 770 840 508	479 933 436
1988	5 604 912 563	5 116 482 735	488 429 826
1989	6 038 720 551	5 525 160 970	513 559 581
1990	6 634 689 957	6 050 887 727	583 802 230
Deutschland			
1991	7 283 608 723	6 404 845 519	878 763 202
1992	8 039 886 707	7 084 948 119	954 938 588
1993	9 212 036 078	8 243 958 284	968 077 781
1994	8 666 374 416	7 884 426 280	781 948 136
1995	9 604 861 176	8 848 354 297	756 506 878
1996	9 925 659 218	9 760 002 837	676 948 263
1997	10 318 104 088	9 796 354 697	521 749 391
1998	10 542 539 810	10 152 879 521	389 660 288
1999	10 044 484 770	9 746 056 238	298 428 532
2000	9 776 577 580	9 518 151 140	258 426 440
2001	9 668 852 442	9 434 408 105	234 444 337
2002	9 828 034 831	9 614 068 594	213 966 237
2003	9 816 875 554	9 615 683 880	201 191 674
2004 ²⁾	9 980 698 786	9 802 045 766	178 653 020

1) Bis Berichtsjahr 2000 geringfügige Rundungsdifferenzen möglich (DM/EUR).

2) Inklusive einer Korrektur des Statistischen Landesamts Berlin.

Tabelle A7: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Jahresende 2006 nach Ländern

Land	Insgesamt		Männlich	Weiblich	Voll erwerbs- gemindert 18 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
	Anzahl	Empfänger- quote 1)					Anzahl
Baden-Württemberg	67 236	0,77	29 195	38 041	30 888	36 348
Bayern	82 833	0,81	35 791	47 042	35 502	47 331
Berlin	51 922	1,79	23 728	28 194	22 379	29 543
Brandenburg	16 954	0,77	8 233	8 721	10 502	6 452
Bremen	9 753	1,74	3 834	5 919	3 745	6 008
Hamburg	23 618	1,59	10 425	13 193	8 351	15 267
Hessen	57 303	1,15	24 465	32 838	24 689	32 614
Mecklenburg-Vorpommern	14 863	1,02	7 265	7 598	9 245	5 618
Niedersachsen	74 064	1,14	32 463	41 601	36 212	37 852
Nordrhein-Westfalen	164 661	1,12	65 567	99 094	67 144	97 517
Rheinland-Pfalz	31 834	0,96	13 388	18 446	14 725	17 109
Saarland	9 725	1,12	3 775	5 950	4 083	5 642
Sachsen	21 778	0,59	10 238	11 540	12 889	8 889
Sachsen-Anhalt	17 415	0,82	8 317	9 098	10 782	6 633
Schleswig-Holstein	26 519	1,15	11 625	14 894	13 128	13 391
Thüringen	11 513	0,58	5 600	5 913	7 184	4 329
Deutschland	681 991	1,00	293 909	388 082	311 448	370 543
Nachrichtlich:						
Früheres Bundesgebiet 2)	547 546	1,02	230 528	317 018	238 467	309 079
Neue Länder 2)	82 523	0,72	39 653	42 870	50 602	31 921

1) Anteil der Hilfebezieher an der Bevölkerung ab 18 Jahren in %.

2) Ohne Berlin.

Tabelle A8: Empfänger/-innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz von 1994 bis 2006 jeweils am Jahresende nach Geschlecht

Jahr	Insgesamt	Männlich	Weiblich
1994 1)	446 500	264 200	182 300
1995 2)	488 974	288 005	200 969
1996	489 742	287 588	202 154
1997	486 643	287 101	199 542
1998	438 873	263 093	175 780
1999	435 930	255 311	180 619
2000	351 642	204 218	147 424
2001	314 116	186 010	128 106
2002	278 592	166 086	112 506
2003	264 240	157 249	106 991
2004	230 148	135 271	94 877
2005	211 122	122 699	88 423
2006	193 562	111 324	82 238

Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %

1995 2)	+ 9,5	+ 9,0	+ 10,2
1996	+ 0,2	– 0,1	+ 0,6
1997	– 0,6	– 0,2	– 1,3
1998	– 9,8	– 8,4	– 11,9
1999	– 0,7	– 3,0	+ 2,8
2000	– 19,3	– 20,0	– 18,4
2001	– 10,7	– 8,9	– 13,1
2002	– 11,3	– 10,7	– 12,2
2003	– 5,2	– 5,3	– 4,9
2004	– 12,9	– 14,0	– 11,3
2005	– 8,3	– 9,3	– 6,8
2006	– 8,3	– 9,3	– 7,0

1) Gerundete Zahlen.

2) Die Angaben für das Berichtsjahr 1995 weisen eine geringfügige Untererfassung auf, da die Daten von Bremerhaven fehlen; dies entspricht einer Größenordnung von ca. 1 400 Regelleistungsempfängern/-innen bzw. 500 Haushalten.

Tabelle A9: Empfänger/-innen laufender Leistungen der Kriegsofopferfürsorge und Bruttoausgaben der Kriegsofopferfürsorge von 1963 bis 2006 *)

Jahr	Empfänger/-innen laufender Leistun- gen am Jahresende	Bruttoausgaben im Laufe des Jahres in Millionen EUR	
		insgesamt	davon Hilfe zur Pflege 1)
Früheres Bundesgebiet			
1963	173 000	159	•
1964	160 000	170	•
1965	167 000	194	•
1966	176 000	242	•
1967	173 000	240	•
1968	171 000	232	•
1969	172 000	238	•
1970	178 000	256	•
1971	187 000	305	•
1972	205 000	367	•
1973	212 000	409	•
1974	225 000	458	•
1975	215 000	499	•
1976	208 000	480	•
1977	193 000	470	•
1978	190 000	476	•
1979	187 000	516	•
1980	190 000	572	•
1981	183 000	624	•
1982	172 000	645	•
1983	142 000	627	•
1984	132 000	644	•
1985	132 000	673	400
1986	131 000	720	436
1987	130 000	752	465
1988	131 000	797	504
1989	141 000	832	535
1990	154 000	907	594
Deutschland			
1991	153 000	996	669
1992	159 000	1 099	760
1993	168 000	1 240	883
1994	161 000	1 348	993
1995	149 000	1 354	1 014
1996	133 000	1 195	871
1997	117 000	765	459
1998	107 000	689	400
1999	99 000	649	370
2000 2)	97 000	630	370
2002	85 000	591	342
2004	76 000	588	349
2006	60 000	531	295

*) Zahlen gerundet.

1) Durch Änderungen in der Statistik sind die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege vor 1985 nur eingeschränkt vergleichbar. Aus diesem Grund wird auf die Darstellung der Zahlen verzichtet.

2) Seit Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben.

Tabelle A10: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) von 1977 bis 2006

Jahr	Geförderte				
	insgesamt	davon erhielten			
		Vollförderung		Teilförderung	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Früheres Bundesgebiet					
1977	908 314	294 100	32,4	614 214	67,6
1978	967 552	334 524	34,6	633 028	65,4
1979	1 111 343	503 905	45,3	607 438	54,7
1980	1 274 073	601 012	47,2	673 061	52,8
1981	1 269 758	448 854	35,3	820 904	64,7
1982	1 251 598	446 227	35,7	805 371	64,3
1983	961 797	341 183	35,5	620 614	64,5
1984	585 997	229 510	39,2	356 487	60,8
1985	535 969	207 095	38,6	328 874	61,4
1986	505 336	192 177	38,0	313 159	62,0
1987	501 660	188 592	37,6	313 068	62,4
1988	490 136	198 670	40,5	291 466	59,5
1989	497 531	196 773	39,5	300 758	60,5
1990	582 153	203 365	34,9	378 788	65,1
Deutschland					
1991	873 167	332 520	38,1	540 647	61,9
1992	845 965	283 941	33,6	562 024	66,4
1993	771 267	224 455	29,1	546 812	70,9
1994	692 505	216 278	31,2	476 227	68,8
1995	623 740	226 600	36,3	397 140	63,7
1996	577 312	210 703	36,5	366 609	63,5
1997	535 262	188 123	35,1	347 139	64,9
1998	531 476	179 074	33,7	352 402	66,3
1999	541 822	189 182	34,9	352 640	65,1
2000	559 313	185 374	33,1	373 939	66,9
2001	650 386	289 380	44,5	361 006	55,5
2002	722 699	338 556	46,8	384 143	53,2
2003	776 536	360 926	46,5	415 610	53,5
2004	809 607	379 816	46,9	429 791	53,1
2005	828 331	393 252	47,5	435 079	52,5
2006	817 546	387 352	47,4	430 194	52,6

Tabelle A11: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII insgesamt und nach ausgewählten Hilfearten im Laufe des Jahres 2006 nach Ländern

Land	Empfänger/-innen insgesamt ¹⁾	Darunter	
		Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII) ¹⁾	Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII) ¹⁾
Baden-Württemberg	103 522	60 113	33 670
Bayern	164 510	109 045	42 645
Berlin	69 853	28 919	33 356
Brandenburg	34 811	25 132	7 602
Bremen ²⁾	11 785	4 890	6 016
Hamburg	29 721	14 065	13 118
Hessen	80 238	45 762	26 381
Mecklenburg-Vorpommern ..	26 960	18 627	6 431
Niedersachsen	119 419	75 872	35 163
Nordrhein-Westfalen	238 382	117 441	102 733
Rheinland-Pfalz	45 955	25 277	15 116
Saarland	18 575	12 343	4 716
Sachsen	55 562	37 288	13 537
Sachsen-Anhalt	31 026	20 677	8 227
Schleswig-Holstein	41 460	27 458	11 875
Thüringen	26 515	20 155	5 569
Deutschland	1 098 294	643 064	366 155
Nachrichtlich:			
Früheres Bundesgebiet ³⁾ ..	853 567	492 266	291 433
Neue Länder ³⁾	174 874	121 879	41 366

1) Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.

2) Die Empfängerzahlen für Bremen sind auf Grundlage der Ergebnisse vom 31.12.2006 geschätzt worden.

3) Ohne Berlin.

Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt
Gustav-Stresemann-Ring 11
65189 Wiesbaden
<http://www.destatis.de>
Infoservice
Telefon: 06 11 / 75 - 24 05
Telefax: 06 11 / 72 - 40 00
<http://www.destatis.de/kontakt>

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Telefon: 0 18 88 / 644 - 1
Telefax: 0 18 88 / 644 89 90 / 89 91
E-Mail: poststelle@destatis.de

Statistisches Bundesamt
i-Punkt-Berlin
Friedrichstraße 50
(Checkpoint Charlie)
10117 Berlin
Telefon: 030 / 18 644 94 34
Telefax: 030 / 18 644 94 30
E-Mail: i-punkt@destatis.de

Statistische Ämter der Länder

Statistisches Landesamt
Baden-Württemberg
Böblinger Straße 68
70199 Stuttgart
Telefon: 07 11 / 641 - 0
Telefax: 07 11 / 641 - 29 73
<http://www.statistik-bw.de>
E-Mail: auskunftsdienst@stala.bwl.de

Bayerisches Landesamt für
Statistik und Datenverarbeitung
Neuhauser Straße 8
80331 München
Telefon: 089 / 21 19 - 0
Telefax: 089 / 21 19 - 15 80
<http://www.statistik.bayern.de>
E-Mail: info@statistik.bayern.de

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
Hauptsitz Potsdam
Dortustraße 46
14467 Potsdam
Telefon: 03 31 / 39 - 4 44
Telefax: 03 31 / 39 - 4 18
Standort Berlin
Alt-Friedrichsfelde 60
10315 Berlin
Telefon: 030 / 90 21 - 34 34
Telefax: 030 / 90 21 - 36 55
<http://www.statistik-berlin-brandenburg.de>
E-Mail: info@statistik-bbb.de

Statistisches Landesamt Bremen
An der Weide 14 – 16
28195 Bremen
Telefon: 04 21 / 361 - 25 01
Telefax: 04 21 / 361 - 43 10
<http://www.statistik.bremen.de>
E-Mail: office@statistik.bremen.de

Statistisches Amt für Hamburg
und Schleswig-Holstein
Standort Hamburg
Steckelhörn 12
20457 Hamburg
Telefon: 040 / 42 83 1 - 0
Telefax: 040 / 42 83 1 - 13 33
<http://www.statistik-nord.de>
E-Mail: info-hh@statistik-nord.de

Standort Kiel
Fröbelstraße 15 – 17
24113 Kiel
Telefon: 04 31 / 68 95 - 0
Telefax: 04 31 / 68 95 - 93 72
<http://www.statistik-nord.de>
E-Mail: info-sh@statistik-nord.de

Hessisches Statistisches Landesamt
Rheinstraße 35 – 37
65185 Wiesbaden
Telefon: 06 11 / 38 02 - 0
Telefax: 06 11 / 38 02 - 8 90
<http://www.statistik-hessen.de>
E-Mail: info@statistik-hessen.de

Statistisches Amt
Mecklenburg-Vorpommern
Lübecker Straße 287
19059 Schwerin
Telefon: 03 85 / 48 01 - 0
Telefax: 03 85 / 48 01 - 44 16
<http://www.statistik-mv.de>
E-Mail: statistik.auskunft@statistik-mv.de

Landesbetrieb für Statistik und
Kommunikationstechnologie
Niedersachsen (LSKN)
Göttinger Chaussee 76
30453 Hannover
Telefon: 05 11 / 98 98 - 0
Telefax: 05 11 / 98 98 - 41 32
<http://www.lskn.niedersachsen.de>
E-Mail: auskunft@lskn.niedersachsen.de

Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik Nordrhein-Westfalen
Mauerstraße 51
40476 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 94 49 - 01
Telefax: 02 11 / 94 49 - 21 04
<http://www.lids.nrw.de>
E-Mail: statistik-info@lds.nrw.de

Statistisches Landesamt
Rheinland-Pfalz
Mainzer Straße 14 – 16
56130 Bad Ems
Telefon: 0 26 03 / 71 - 0
Telefax: 0 26 03 / 71 - 19 44 44
<http://www.statistik.rlp.de>
E-Mail: info@statistik.rlp.de

Landesamt für zentrale Dienste
Statistisches Amt Saarland
Virchowstraße 7
66119 Saarbrücken
Telefon: 06 81 / 501 - 00
Telefax: 06 81 / 501 - 59 15
<http://www.statistik.saarland.de>
E-Mail: presse.statistik@lzd.saarland.de

Statistisches Landesamt
des Freistaates Sachsen
Macherstraße 63
01917 Kamenz
Telefon: 0 35 78 / 33 - 0
Telefax: 0 35 78 / 33 - 19 21
<http://www.statistik.sachsen.de>
E-Mail: auskunft@statistik.sachsen.de

Statistisches Landesamt
Sachsen-Anhalt
Merseburger Straße 2
06010 Halle (Saale)
Telefon: 03 45 / 23 18 - 0
Telefax: 03 45 / 23 18 - 9 13
<http://www.statistik.sachsen-anhalt.de>
E-Mail: info@stala.mi.sachsen-anhalt.de

Thüringer Landesamt für Statistik
Europaplatz 3
99091 Erfurt
Telefon: 03 61 / 37 - 9 00
Telefax: 03 61 / 37 - 8 46 99
<http://www.statistik.thueringen.de>
E-Mail: auskunft@statistik.thueringen.de

Bundesagentur für Arbeit

Bundesagentur für Arbeit
Statistik
90327 Nürnberg

Dienstgebäude:
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg
<http://www.arbeitsagentur.de>

Kontakt aufnehmen können Sie über:
Telefon: 01801 78722 10 (Hotline) *)
Telefax: 01801 78722 11 *)

*) 3,9 Cent je Minute aus dem Festnetz
der Deutschen Telekom. Bei Anrufen
aus Mobilfunknetzen gelten davon ab-
weichende Preise.

E-Mail:
Statistik-datenzentrum@arbeitsagentur.de

Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2007



Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2007

Herausgeber:

Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Herstellung und Redaktion:

Statistisches Bundesamt
65180 Wiesbaden
Telefon: +49 (0) 611 75-2405
Telefax: +49 (0) 611 75-3330
www.destatis.de/kontakt

Autoren: Thomas Haustein, Bettina Mertel, Markus Dorn

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung:

Statistisches Bundesamt
Bereich „Soziales“
Telefon: +49 (0) 611 75-8953
Telefax: +49 (0) 611 75-8994
E-Mail: sozialhilfe@destatis.de

Erscheinungsfolge: jährlich
Erschienen im November 2009

Kostenfreier Download im Internet:

www.amtliche-sozialberichterstattung.de oder www.statistikportal.de

Fotorechte: © Statistische Ämter des Bundes und der Länder

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009
(im Auftrag der Herausbergemeinschaft)

Auszugsweise Vervielfältigung und Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.

Einführung	4
1 Wichtigste Eckdaten zur sozialen Mindestsicherung in Bund und Ländern 2007	6
2 Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II	10
2.1 Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld	12
2.2 Exkurs: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen nach Einführung des SGB II	20
2.3 Ausgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende	21
3 Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII	23
3.1 Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (3. Kapitel SGB XII)	24
3.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)	27
4 Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	32
5 Leistungen der Kriegsopferfürsorge 2006	35
 Anhang 1: Überblick über weitere Leistungen der sozialen Sicherung	 40
Anhang 2: Überblick zur Sozialberichterstattung in Deutschland	42
Anhang 3: Tabellen/Zeitreihen	50
 Adressen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie der Bundesagentur für Arbeit	 57

Zeichenerklärung und Abkürzungen

- X = Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- = nichts vorhanden (genau Null) bzw. keine Veränderung eingetreten
- . = Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
- % = Prozent
- SGB = Sozialgesetzbuch

Quelle der Abbildungen, soweit nicht anders angegeben:
 Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Einführung

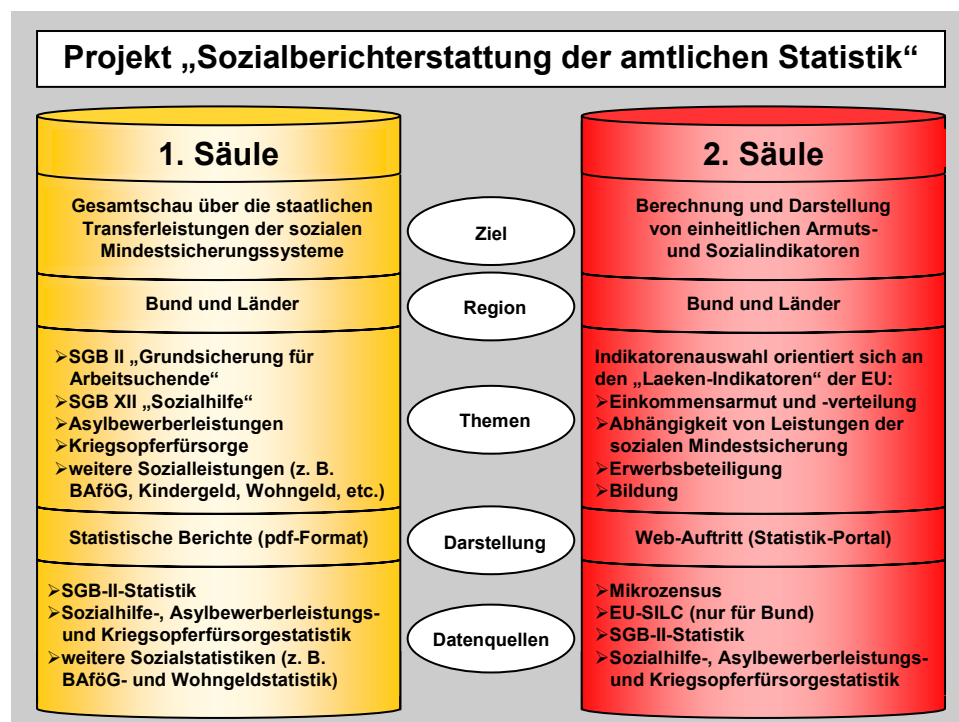
Projekt „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“

Der vorliegende Bericht über die soziale Mindestsicherung in Deutschland ist Teil des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“, welches in dieser Form seit Mitte 2006 von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder durchgeführt wird. Dieses Projekt basiert auf zwei Säulen:

1. Säule: Mindestsicherungs- berichte

Die erste Säule bietet – in Form statistischer Berichte – eine Gesamtschau über die staatlichen Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme in Deutschland, und zwar auf Ebene des Bundes und der Länder. Im September 2008 ist der erste Bericht „Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006“ erschienen. Diese als erste Bestandsaufnahme angelegte Publikation gibt einen groben Überblick über Fallzahlen, Strukturen und Ausgaben der sozialen Mindestsicherungssysteme in Deutschland, und zwar vor bzw. nach Einführung der „Hartz-IV-Reformen“ Anfang 2005. Mit dem nunmehr vorliegenden zweiten Mindestsicherungsbericht wird diese Berichterstattung fortgesetzt und weiterentwickelt, wobei die Datenlage bis einschließlich Ende 2007 berücksichtigt ist.

Abbildung 1: Überblick zum Projekt „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“



2. Säule: Armuts- und Sozial- indikatoren

Die zweite Säule des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ ist die Bereitstellung von Indikatoren zur Messung von Armut und sozialer Ausgrenzung auf Ebene von Bund und Ländern. Damit soll dem wachsenden Bedarf nach vergleichbaren Armuts- und Sozialindikatoren auf Bundes- und Länderebene

Rechnung getragen werden. Diese Indikatoren, detaillierte methodische Erläuterungen zu den für die Sozialberichterstattung relevanten Datenquellen und den angewandten Berechnungsverfahren sowie Hinweise zu Ansprechpartnern und weiteren Informationsquellen wurden im Mai 2009 im gemeinsamen „Statistik-Portal“ der Statistischen Ämter des Bundes und Länder im Internet veröffentlicht. Dieses neue Informationsangebot, das im Rahmen des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ nunmehr regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt werden soll, steht im Statistik-Portal unter folgendem Link zur Verfügung ¹⁾: www.amtliche-sozialberichterstattung.de

Der hier vorliegende zweite Mindestsicherungsbericht stellt die aktuellen Strukturdaten der verschiedenen Mindestsicherungsleistungen für das Berichtsjahr 2007 in den Blickpunkt. Sofern möglich und sinnvoll, wird auf die Veränderungen zu 2006 eingegangen. Für Fragen zur Datenlage vor Einführung von „Hartz IV“ wird auf die ausführlichen Darstellungen im ersten Mindestsicherungsbericht verwiesen. Gleiches gilt für die Ausführungen zu weiteren Sozialleistungen (BAföG, Wohngeld, besondere Leistungen der Sozialhilfe nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII, Kinderzuschlag), die in Form von Zuschüssen ebenfalls dazu beitragen, einkommensschwächere Haushalte finanziell zu unterstützen ²⁾.

Im folgenden Kapitel werden zunächst die wichtigsten Eckdaten zur sozialen Mindestsicherung in Deutschland sowie auf Länderebene zusammenfassend dargestellt. In den Kapiteln 2 bis 5 werden dann die verschiedenen Sozialleistungen detailliert statistisch betrachtet, die im Rahmen des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ zu den Leistungen der sozialen Mindestsicherung gezählt werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die aktuelle Struktur der Leistungsempfänger/-innen im Jahr 2007 sowie die Entwicklung der jeweiligen Sozialleistungen im Vergleich zum Vorjahr. Im Anhang der vorliegenden Publikation finden sich schließlich ein Überblick über die sonstigen Leistungen bzw. Systeme zur sozialen Sicherung, ein Überblick zur Sozialberichterstattung in Deutschland, umfangreiche Bundes- und Ländertabellen bzw. Zeitreihen sowie eine Übersicht der Adressen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie der Bundesagentur für Arbeit.

Konzeption und Gliederung des 2. Mindestsicherungsberichts

-
- 1) Innerhalb dieser Web-Site stehen unter der Rubrik „Mindestsicherung“ auch alle bisher im Rahmen des Projekts erstellten Berichte zur sozialen Mindestsicherung in Deutschland kostenfrei im pdf-Format zur Verfügung.
- 2) Aktuelle Daten zu diesen weiteren Sozialleistungen, die im Rahmen des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ nicht zu den Mindestsicherungsleistungen gezählt werden, finden sich im Internet-Angebot des Statistischen Bundesamtes (www.destatis.de). Über Daten zum Kinderzuschlag verfügt die Familienkasse der Bundesagentur für Arbeit.

1 Wichtigste Eckdaten zur sozialen Mindestsicherung in Bund und Ländern 2007

Welche Leistungen zählen zur sozialen Mindestsicherung?

Mit den Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme (siehe Abbildung 2) werden finanzielle Hilfen des Staates bezeichnet, die – zumindest ergänzend zu eventuell anderen vorhandenen Einkünften – zur Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts an leistungsberechtigte Personen ausgezahlt werden. Im Rahmen des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ werden folgende Leistungen, die im vorliegenden Bericht näher betrachtet werden, zu den Mindestsicherungsleistungen gezählt:

- Arbeitslosengeld II/Sozialgeld nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“
- Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII
- Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Leistungen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz

Abbildung 2: Übersicht zu den sozialen Mindestsicherungssystemen in Deutschland



Am Jahresende 2007 erhielten in Deutschland rund 8,1 Millionen Menschen Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme, um ihren grundlegenden Lebensunterhalt zu bestreiten. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Rückgang von 3,0 %. Damit waren Ende 2007 rund 9,8 % (Vorjahr: 10,1 %) der in Deutschland lebenden Menschen auf existenzsichernde finanzielle Hilfen des Staates angewiesen. Im Verlauf des Jahres 2007 sind für diese Leistungen Kosten in Höhe von 41,6 Milliarden Euro entstanden; im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Ausgabenrückgang um knapp 9 %.

**Rund 10 % der
Bevölkerung bezieht
Mindestsicherungs-
leistungen**

Tabelle 1: Empfänger/-innen von Leistungen der sozialen Mindestsicherung am Jahresende 2007 und Bruttoausgaben im Jahr 2007

Leistungsart	Empfänger/-innen		Ausgaben	Ausgaben je Ein- wohner
	insgesamt	Veränderung gegenüber Ende 2006		
	Anzahl	%	Mrd. EUR	EUR ¹⁾
Leistungen nach dem SGB II insgesamt	7 020 347	– 3,6	36,3 ²⁾	441
davon				
Arbeitslosengeld II	5 098 196	– 4,0	.	.
Sozialgeld	1 922 151	– 2,6	.	.
Mindestsicherungsleistungen im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII insgesamt	821 061	+ 7,5	4,1	49
davon				
Laufende Hilfe zum Lebens- unterhalt außerhalb von Ein- richtungen	88 459	+ 8,1	0,5	6
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	732 602	+ 7,4	3,6	43
Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	153 300	– 20,8	0,8	9
Laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge ³⁾	59 849	X	0,5 ⁴⁾	6 ⁴⁾
Insgesamt	8 054 557	– 3,0	41,6	506

1) Bruttoausgaben für die jeweilige Sozialleistung in Euro pro Person und Jahr. Bevölkerungsstand: durchschnittliche Bevölkerung im Jahr 2007.

2) Ausgaben für Leistungen, die unmittelbar für die Kosten des Lebensunterhalts gezahlt werden (sogenannte „passive Leistungen“).

3) Alle Angaben zur Kriegsopferfürsorgestatistik beziehen sich auf das Berichtsjahr 2006 (Statistik wird nur zweijährlich durchgeführt).

4) Gesamtausgaben der Kriegsopferfürsorge; exakte Untergliederung der Ausgaben nach "laufenden Leistungen" nicht möglich.

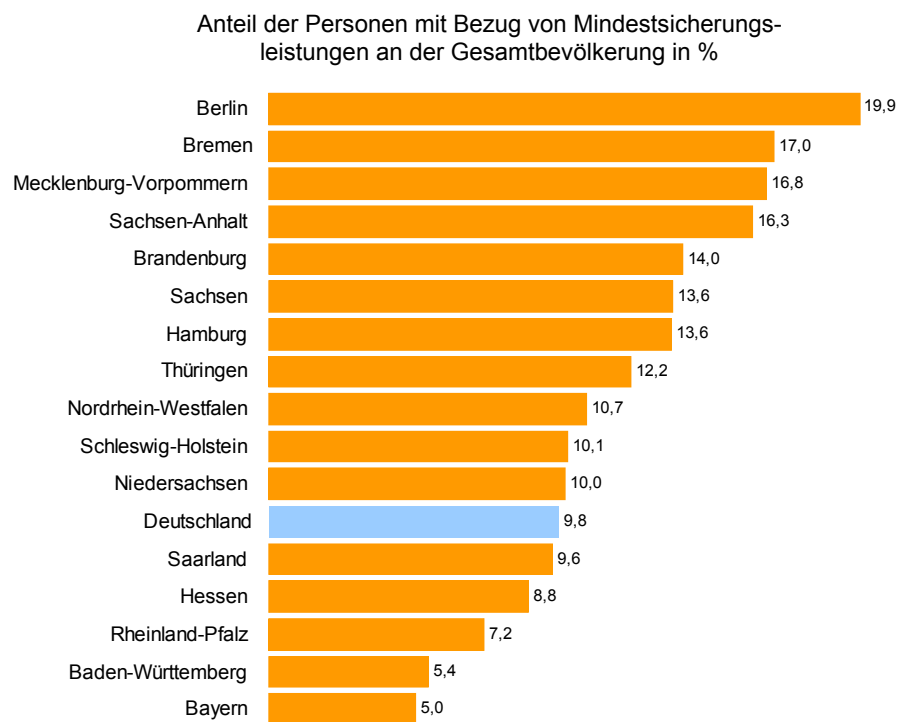
Quellen: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Der mit Abstand größte Teil der Empfänger/-innen und damit auch der Ausgaben für die soziale Mindestsicherung entfiel dabei auf die Leistungen nach dem zum 1.1.2005 neu geschaffenen SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“. Rund 7 Millionen Personen erhielten am Jahresende 2007 diese umgangssprachlich mit „Hartz IV“ bezeichneten Leistungen. Die Ausgaben für passive Leistungen nach dem SGB II – das sind Leistungen, die unmittelbar für die Kosten des Lebensunterhalts gezahlt werden – beliefen sich im Verlauf des Jahres 2007 auf rund 36,3 Milliarden Euro.

Hohe Bezugsquoten in den Stadtstaaten und im Osten

Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass – wie im Vorjahr – vor allem die Menschen in den Stadtstaaten und den neuen Bundesländern verstärkt auf Leistungen der sozialen Mindestsicherung angewiesen waren (siehe Abbildung 3). Mit der im Ländervergleich höchsten Bezugsquote von 19,9 % (Vorjahr: 20,1 %) erhielt jeder fünfte Berliner Bürger am Jahresende 2007 Leistungen zur Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts. Die zweithöchste Bezugsquote wies Bremen mit 17,0 % (Vorjahr: 17,5 %) auf. Unter den Flächenländern waren die höchsten Bezugsquoten in Mecklenburg-Vorpommern mit 16,8 % (Vorjahr: 17,7 %) sowie in Sachsen-Anhalt mit 16,3 % (Vorjahr: 16,6 %) festzustellen.

Abbildung 3: Empfänger/-innen von sozialer Mindestsicherung am Jahresende 2007 nach Ländern



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistische Ämter des Bundes und der Länder

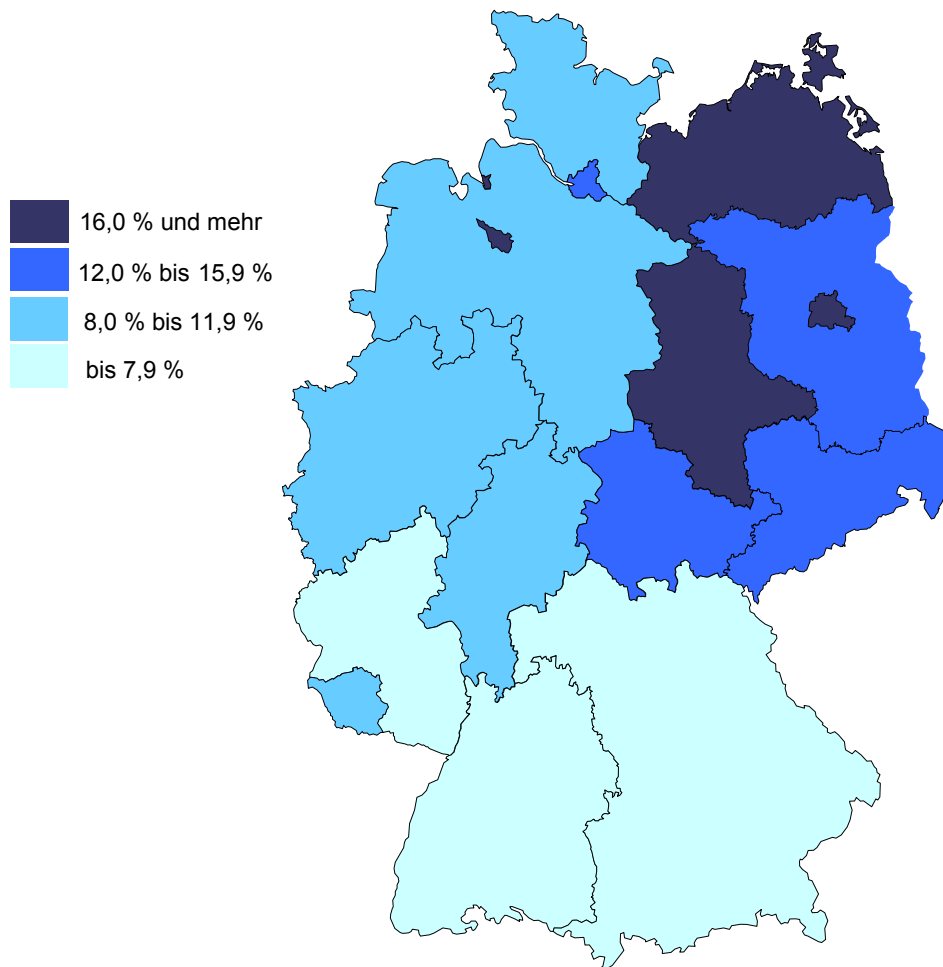
Die niedrigsten Bezugsquoten gab es Ende 2007 – ebenfalls wie im Vorjahr – in den südlichen Bundesländern. So erhielten in Baden-Württemberg 5,4 % (Vorjahr: 5,7 %) der Bevölkerung Leistungen der Mindestsicherungssysteme. Bayern hatte mit 5,0 % (Vorjahr: 5,3 %) erneut die niedrigste Mindestsicherungsquote. Ferner wiesen – im Vergleich zum Bundesdurchschnitt – lediglich noch Rheinland-Pfalz mit 7,2 % (Vorjahr: 7,5 %), Hessen mit 8,8 % (Vorjahr: 9,0 %) sowie das Saarland

mit 9,6 % (Vorjahr: 9,7 %) unterdurchschnittliche Mindestsicherungsquoten auf. Einen Überblick über die regionale Verteilung der Empfänger/-innen von Mindestsicherungsleistungen gibt das folgende Schaubild.

Abbildung 4: Empfänger/-innen von sozialer Mindestsicherung am Jahresende 2007 nach Ländern

Anteil der Personen mit Mindestsicherungsleistungen an der jeweiligen Bevölkerung in %

Deutschland insgesamt: 9,8 %



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Die hier in aller Kürze angesprochenen zentralen Ergebnisse werden in den folgenden Kapiteln ausführlicher dargestellt. Dabei wird insbesondere auf die aktuelle Struktur der Leistungsempfänger/-innen zum Jahresende 2007 sowie die Entwicklung der jeweiligen Sozialleistungen im Vergleich zum Vorjahr eingegangen.

2 Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II

Zielsetzung der Hartz-IV-Reform

Mit dem „Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“, welches umgangssprachlich als „Hartz IV“ bezeichnet wird, wurde zum Jahresbeginn 2005 die vorherige Arbeitslosen- und Sozialhilfe für Erwerbsfähige durch die sogenannte „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ ersetzt. Diese Leistung setzt sich aus dem Arbeitslosengeld II (ALG II) und dem Sozialgeld zusammen. ALG II erhalten erwerbsfähige Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Ihre im Haushalt lebenden nicht erwerbsfähigen Familienangehörigen (vor allem Kinder) erhalten Sozialgeld. Bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende handelt es sich um eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung, die sich ausschließlich am Bedarf der Empfänger/-innen orientiert und nicht – wie die ehemalige Arbeitslosenhilfe – am letzten Nettolohn. Als ein Ziel der Reform wurde benannt, besonders die strukturelle Langzeitarbeitslosigkeit durch intensive Betreuung und stärkere Anreize zur Arbeitsaufnahme zu bekämpfen (Hilfe zur Selbsthilfe). Unter dem Leitbild „Fördern und Fordern“ wurden dabei einerseits neue Programme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt aufgelegt sowie Anreize zur Stärkung der Eigeninitiative der ALG-II-Empfänger/-innen angesetzt. Auf der anderen Seite sieht das Gesetz schärfere Sanktionsmöglichkeiten und Zumutbarkeitsregelungen als früher vor.

Gesetzesgrundlage und Träger

Geregelt ist die Grundsicherung für Arbeitsuchende im Sozialgesetzbuch II (SGB II). Die finanzielle Belastung dieser Sozialleistung wird gemeinsam von Bund und Kommunen getragen. Um das komplette Leistungsangebot aus einer Hand anbieten zu können, sind Agenturen für Arbeit und Kommunen in insgesamt 346 Arbeitsgemeinschaften (ARGE) zu zentralen Anlaufstellen zusammengefasst.³⁾ Überdies nutzen insgesamt 69 Kreise und kreisfreie Städte die Möglichkeit der kommunalen Trägerschaft, d. h. die alleinige Betreuung von ALG-II-Empfängern. In 23 Kommunen werden die Aufgaben im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch Arbeitsagenturen und kommunale Stellen in getrennter Trägerschaft wahrgenommen (Stand: Februar 2009).⁴⁾

Seit Inkrafttreten zum Jahresbeginn 2005 wurde das SGB II mehrfach durch den Gesetzgeber reformiert. Dabei handelt es sich vorwiegend um Korrekturen, wie die Neuregelung der Ausgabenbelastung zwischen Bund und Kommunen, die Verschärfung von Sanktionsmöglichkeiten und Anspruchsvoraussetzungen, die Harmonisierung der Verwaltungsvorgänge und die Angleichung sowie Anhebung der pauschalen Regelsätze.

Anspruchsvoraussetzungen für ALG II/Sozialgeld

Wie oben bereits angesprochen, haben erwerbsfähige Hilfebedürftige im Alter von 15 bis unter 65 Jahren und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II, sofern sie ihren Lebens-

3) Laut Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 20.12.2007 widerspricht die Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften dem Grundsatz eigenverantwortlicher Aufgabenwahrnehmung der kommunalen Träger und ist daher verfassungswidrig. Bis zu einer gesetzlichen Neuregelung (längstens bis zum 31.12.2010) bleibt die Norm jedoch anwendbar.

4) Siehe Statistik der Bundesagentur für Arbeit: SGB II-Kennzahlen für interregionale Vergleiche, Februar 2009 (http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000200/html/sgb2/bmas/datenpool_traeger_200902.xls).

unterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten die Leistungen als ALG II, nicht erwerbsfähige als Sozialgeld. Als erwerbsfähig gilt, wer unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden pro Tag arbeiten kann.

Die Grundlage für die Berechnung der Leistungen nach dem SGB II ist wie bei der Sozialhilfe die sogenannte Bedarfsgemeinschaft. Zu einer Bedarfsgemeinschaft im Sinne des SGB II gehören:

Bedarfsgemeinschaftsprinzip

- die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen;
- die im Haushalt lebenden Eltern oder der im Haushalt lebende Elternteil eines unverheirateten erwerbsfähigen Kindes, welches das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und der im Haushalt lebende Partner dieses Elternteils;
- der nicht dauernd vom erwerbsfähigen Hilfebedürftigen getrennt lebende Ehegatte oder Lebenspartner;
- die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, soweit sie die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen beschaffen können.

Die Höhe der Leistungen orientiert sich am Bedarf der Empfänger/-innen. Dabei wird unter Berücksichtigung der Freibetragsregelungen das vorhandene Einkommen und Vermögen der gesamten Bedarfsgemeinschaft angerechnet. Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst die Regelleistung, Leistungen für Unterkunft, Heizung und Sonderleistungen. Außerdem werden Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung abgeführt.

Die Regelleistung beinhaltet alle Bedarfe des täglichen Lebens, darunter fallen gemäß § 20 SGB II „Ernährung, Kleidung, Hausrat, Haushaltsenergie, sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben“. Ab dem 1.7.2007 wurde der so genannte Eckregelsatz (für Alleinstehende bzw. Haushaltsvorstände) bundeseinheitlich auf 347 Euro pro Monat festgelegt, zum 1.7.2008 erhöhte sich dieser Betrag auf 351 Euro, seit 1.7.2009 beträgt der Eckregelsatz nunmehr 359 Euro.⁵⁾ Sind beide Partner innerhalb der Bedarfsgemeinschaft volljährig, bekommen beide je 90 % der Regelleistung (323 Euro seit 1.1.2009). Jugendlichen vom 14. bis zum 18. Geburtstag in der Bedarfsgemeinschaft stehen 80 % des Eckregelsatzes zu (287 Euro seit 1.7.2009), für Kinder ab Beginn des 7. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres⁶⁾ beträgt die Regelleistung 70 % des Eckregelsatzes (251 Euro seit 1.7.2009), Kinder unter 6 Jahren erhalten 60 % des Eckregelsatzes (215 Euro seit 1.7.2009).

Höhe der Regelsätze

5) Der Regelsatz wird gemäß § 20 Abs. 4 SGB II i. V. m. § 28 Abs. 3 Satz 4 SGB XII (und § 2 der Regelsatzverordnung) aus einer Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe abgeleitet und orientiert sich an den – gemessen an ihrem Nettoeinkommen – untersten 20 % der Ein-Personen-Haushalte. Nach § 20 Abs. 4 SGB II wird die Regelleistung jeweils zum 1. Juli eines Jahres um den Vorhundertersatz, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert, angepasst. Eine Neubemessung der Regelsätze ist jeweils nach Vorliegen der Ergebnisse einer neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (alle fünf Jahre) vorgesehen.

6) Die Einführung der neuen Altersstufe für Kinder zwischen 6 und 14 Jahren zum 1.7.2009 erfolgte in Umsetzung des Konjunkturpakets II der Bundesregierung. Bis zu diesem Zeitpunkt erhielten Kinder bis unter 14 Jahre einheitlich 60 % des Eckregelsatzes.

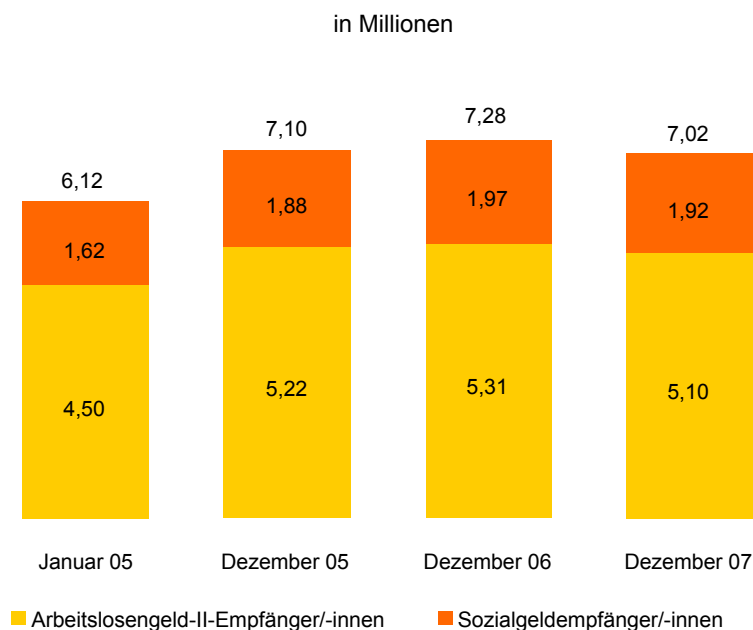
Den Regelsätzen liegt das Prinzip der Pauschalierung zu Grunde. Dadurch sollen mit diesen Beträgen sogenannte „einmalige Leistungen“, die bis Jahresende 2004 im Rahmen der Sozialhilfe noch gewährt wurden (z. B. Ersatz für einen kaputten Kühlschrank), weitgehend abgegolten sein. Seit Jahresbeginn 2005 werden einmalige Leistungen in der Regel nur noch für die Erstausrüstung einer Wohnung, die Erstausrüstung für Bekleidung (bei Schwangerschaft/Geburt) und mehrtägige Klassenfahrten anerkannt.

Geldleistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind zeitlich nicht begrenzt. Sie werden so lange bewilligt, wie Hilfebedürftigkeit vorliegt. Für die Statistiken der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist nach § 53 SGB II die Bundesagentur für Arbeit zuständig.⁷⁾

2.1 Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

Am Jahresende 2007 erhielten in Deutschland rund 7 Millionen Personen Leistungen nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“. Damit waren 10,7 % der Bevölkerung im Alter von 0 bis unter 65 Jahren auf diese umgangssprachlich mit „Hartz IV“ bezeichneten Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts angewiesen. Die SGB-II-Leistungen stellen somit nach wie vor mit Abstand die quantitativ bedeutendsten Mindestsicherungsleistungen dar, auch wenn die Bezugsquote am Jahresende 2006 mit 11,0 % noch etwas höher lag.

Abbildung 5: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ Januar 2005 bis Dezember 2007



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

7) Grundlagenberichte, die laufende monatliche Berichterstattung und vertiefende Sonderauswertungen zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland insgesamt veröffentlicht die Statistik der Bundesagentur für Arbeit im Internet unter:
<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/index.shtml>
Detaillierte statistische Informationen zum SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ finden sich unter <http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/detail/I.html>

Seit Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist folgende Entwicklung bei der Zahl der Hilfebezieher/-innen festzustellen (siehe Abbildung 5): Im Januar 2005, also unmittelbar nach Einführung von „Hartz IV“, belief sich die Zahl der Leistungsempfänger insgesamt auf 6,12 Millionen Personen. Im Verlauf des Aufbaujahrs 2005 stieg die Zahl der Leistungsempfänger in der Grundsicherung für Arbeitsuchende dann deutlich an, und zwar auf rund 7,10 Millionen Personen am Jahresende 2005. Verantwortlich hierfür waren nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit Sondereffekte durch die Einführung des neuen Systems und der Wechsel erwerbsfähiger Hilfebedürftiger aus der Sozialhilfe, die bis dahin auch diesen Personenkreis (ohne Ansprüche auf Arbeitslosengeld bzw. -hilfe) betreute. Hinzu kam die noch verhaltene wirtschaftliche Entwicklung. Bis zum Jahresende 2006 war ein weiterer Anstieg der Zahl der Leistungsbezieher/-innen auf 7,28 Millionen Personen zu verzeichnen (+ 2,5 % gegenüber Ende 2005). Ende 2007 war dann im Vorjahresvergleich erstmals ein Rückgang der Empfängerzahlen festzustellen. So bezogen im Dezember 2007 noch rund 7,02 Millionen Personen Leistungen nach dem SGB II; dies entspricht einem Rückgang um 3,6 % gegenüber dem Vorjahr. Die günstige Entwicklung bei den Empfängerzahlen im Jahr 2007 dürfte insbesondere auf die in diesem Zeitraum verbesserte konjunkturelle Lage zurückzuführen sein. Nach einem Wachstum von 0,8 Prozent im Jahr 2005 ist das Bruttoinlandsprodukt in Deutschland 2006 um 3,2 Prozent und 2007 nochmals um 2,5 Prozent gewachsen. Diese Entwicklung wirkte sich auch positiv auf die Lage am Arbeitsmarkt aus (siehe hierzu Abschnitt 2.2).

Entwicklung der Fallzahlen 2005 - 2007

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit hat in einer Studie die Dynamik im SGB II seit der Einführung Anfang 2005 bis Ende 2007 untersucht. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: ⁸⁾

Dynamik im SGB II 2005 - 2007

- Seit Einführung des SGB II im Januar 2005 nahmen bis Ende 2007 insgesamt ca. 11,6 Millionen Personen die Leistungen der neuen Grundsicherung in Anspruch. Das entspricht rund 18 % der potenziell anspruchsberechtigten Personen, also der Bevölkerung bis unter 65 Jahren. Im gleichen Zeitraum erhielten insgesamt 7,03 Millionen Bedarfsgemeinschaften für mindestens einen Monat SGB-II-Leistungen.
- In diesen drei Jahren waren 3,15 Millionen Personen bzw. 1,5 Millionen Bedarfsgemeinschaften durchgehend auf Unterstützung angewiesen. Die „Verbleibsrate“ der Bedarfsgemeinschaften vom Anfangsbestand im Januar 2005 betrug nach drei Jahren somit 45 %.
- Vielfach ist eine Beendigung des Leistungsbezugs nicht dauerhaft. Etwa 40 % der Personen sind spätestens nach einem Jahr erneut auf staatliche Unterstützung angewiesen.
- Im Dezember 2007 waren 78 % der Leistungsbezieher/-innen mindestens 12 Monate ununterbrochen im Leistungsbezug des SGB II. Bei rückläufigen Empfängerzahlen sank die Zahl der Langzeitbezieher/-innen kaum.
- Kinderlose Paare und Alleinstehende schaffen den Ausstieg aus dem Leistungsbezug am schnellsten. Alleinerziehende bleiben dagegen am längsten auf

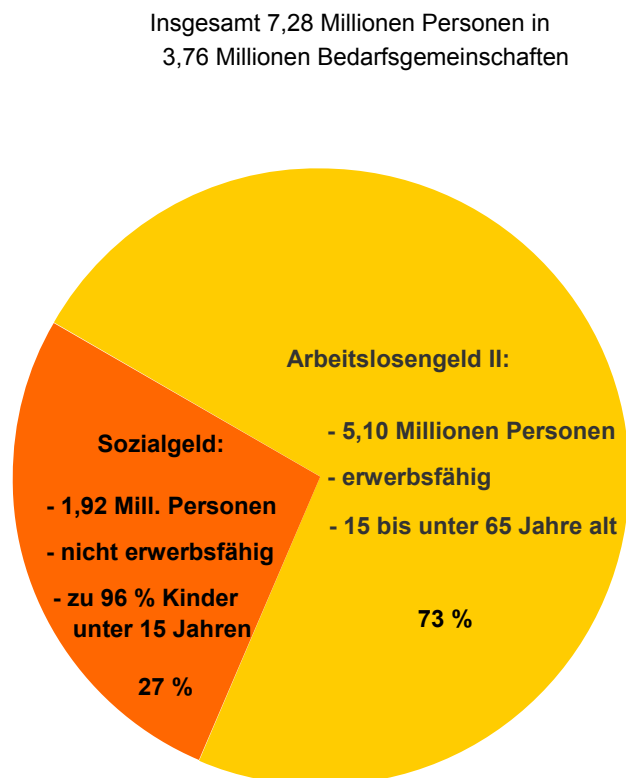
8) Siehe Graf, T./Rudolph, H. (2009): Dynamik im SGB II 2005-2007: Viele Bedarfsgemeinschaften bleiben lange bedürftig, IAB-Kurzbericht Nr. 5/2009. (<http://doku.iab.de/kurzber/2009/kb0509.pdf>).

die Grundsicherung für Arbeitsuchende angewiesen. Alle Personengruppen konnten in den Jahren 2006 und 2007 ihre Bedürftigkeit jedoch schneller überwinden als im Einführungsjahr 2005. Als Gründe hierfür nennen die Arbeitsmarktforscher des IAB die günstigere Arbeitsmarktlage und die inzwischen besser eingespielte Vermittlung.

Struktur der Leistungsberechtigten

Im Folgenden wird die Struktur der Leistungsberechtigten am Jahresende 2007 detailliert betrachtet (siehe Abbildung 6): Im Dezember 2007 erhielten 5,10 Millionen erwerbsfähige Hilfebedürftige im Alter von 15 bis unter 65 Jahren Leistungen aus der Grundsicherung in Form des Arbeitslosengeldes II. Dies entspricht rund 73 % aller Bezieher/-innen von SGB-II-Leistungen. Im Vergleich zum Vorjahr ging die Zahl der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen damit um 4,0 % zurück.

Abbildung 6: Empfängergruppen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II am Jahresende 2007



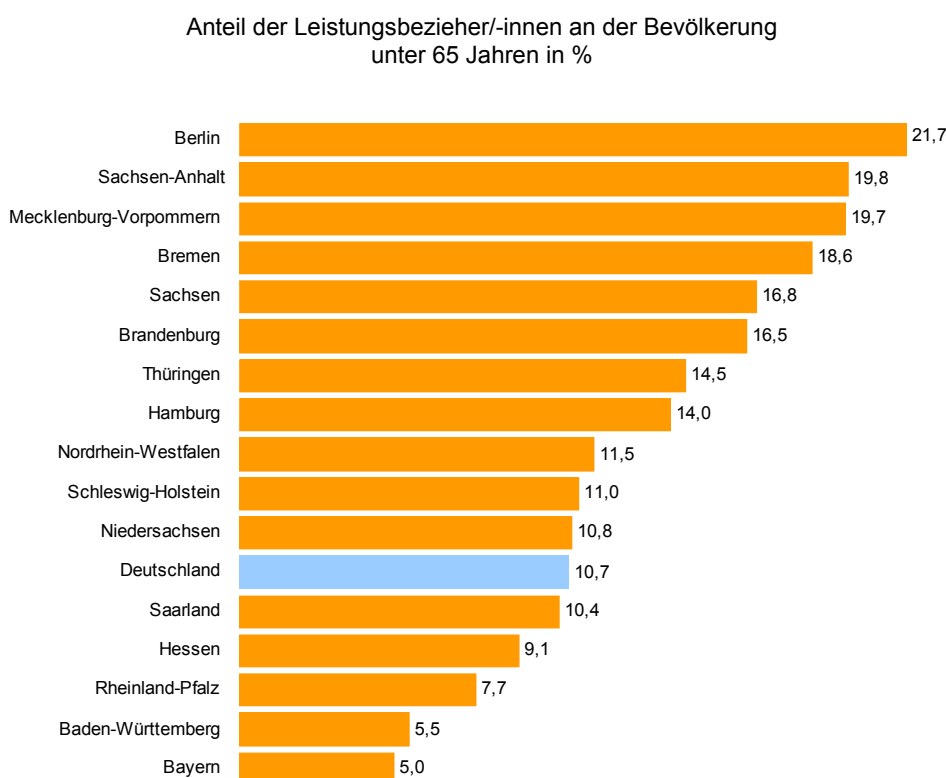
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Ferner erhielten Ende 2007 noch 1,92 Millionen Personen Sozialgeld nach dem SGB II (27 % aller SGB-II-Bezieher/-innen). Ihre Zahl sank gegenüber Ende 2006 damit um 2,6 %. Es handelt sich dabei um nicht erwerbsfähige Personen, die mit einem erwerbsfähigen SGB-II-Empfänger im Haushalt zusammen leben. Die überwiegende Mehrzahl der Sozialgeldbezieher/-innen (96,4 %) sind Kinder unter 15 Jahren.

Betrachtet man die Quoten der Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II auf Ebene der Bundesländer (siehe Abbildung 7), so fällt auf, dass – wie im Vorjahr – in den Stadtstaaten und den neuen Ländern deutlich mehr Personen auf diese Sozialleistung angewiesen waren als in den westdeutschen Flächenländern. Die höchste Quote war am Jahresende 2007 – wie im Vorjahr – mit 21,7 % in Berlin festzustellen. Deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 10,7 % lagen zudem die Stadtstaaten Bremen mit 18,6 % und Hamburg mit 14,0 % sowie alle ostdeutschen Bundesländer. Die Bezugsquoten in den westdeutschen Flächenländern beliefen sich auf Werte zwischen 5,0 % in Bayern und 11,5 % in Nordrhein-Westfalen.

**Höchste SGB-II-
Bezugsquote
in Berlin**

**Abbildung 7: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II
am Jahresende 2007 nach Ländern**



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen, Bevölkerungsstand: 31.12.2007

Im Vergleich zum Jahresende 2006 ist festzustellen, dass Ende 2007 in Berlin die SGB-II-Quote mit 21,7 % konstant blieb. In allen übrigen Ländern ging die Bezugsquote in diesem Zeitraum zurück, und zwar in einem Umfang zwischen 1,1 Prozentpunkten in Mecklenburg-Vorpommern und 0,2 Prozentpunkten in Hessen und Nordrhein-Westfalen.

Insgesamt verteilten sich die 7,02 Millionen Leistungsempfänger/-innen auf 3,62 Millionen Bedarfsgemeinschaften. Die meisten Bedarfsgemeinschaften bestanden aus nur einer Person (52 % bzw. 1,89 Millionen Bedarfsgemeinschaften). Die durchschnittliche Bedarfsgemeinschaftsgröße lag bei 1,9 Personen. In knapp jeder dritten Bedarfsgemeinschaft lebten Kinder unter 15 Jahren (West: 34 %; Ost: 27 %).

Als kinderreich können gut 4 % aller Bedarfsgemeinschaften bezeichnet werden; in ihnen wohnten drei oder mehr Kinder unter 15 Jahren.

Ausländer/-innen häufiger auf SGB-II-Leistungen angewiesen

Unter den 7,02 Millionen registrierten Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II befanden sich nach Angaben der Statistik der Bundesagentur für Arbeit am Jahresende 2007 etwa 1,27 Millionen Ausländer/-innen. Bezogen auf die ausländische Bevölkerung bis 64 Jahre entspricht dies einer Quote von rund 19 %. Somit war nahezu jeder fünfte in Deutschland lebende Ausländer in dieser Altersklasse auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen. Deutsche erhielten dagegen mit einer Bezugsquote von knapp 10 % – relativ betrachtet – deutlich seltener Leistungen des SGB II.

Höhe der Geldleistungen im SGB II

Eine Durchschnitts-Bedarfsgemeinschaft mit 1,9 Personen erhielt im Dezember 2007 rund 814 Euro an Geldleistungen aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende ⁹⁾ (Westdeutschland: 838 Euro, Ostdeutschland: 769 Euro). In diesem Betrag sind alle Leistungen der Grundsicherung zum Lebensunterhalt ¹⁰⁾ enthalten. Rechnet man die Sozialversicherungsbeiträge bzw. -zuschüsse heraus, erhielt eine Durchschnitts-Bedarfsgemeinschaft 664 Euro ausgezahlt, wobei knapp die Hälfte (307 Euro) auf die Leistungen für Unterkunft und Heizung entfiel. In Abhängigkeit von der Größe und dem Typ der Bedarfsgemeinschaft variieren die ausgezahlten Geldleistungen deutlich und reichen von durchschnittlich 684 Euro für eine Bedarfsgemeinschaft mit einer Person bis zu 1 331 Euro für eine Bedarfsgemeinschaft mit fünf und mehr Personen.

Aber auch bei gleicher Größe und Typ der Bedarfsgemeinschaft zeigen sich Unterschiede. Einerseits variiert das Mietenniveau, außerdem erhalten nicht alle Bedarfsgemeinschaften den befristeten Zuschlag nach vorherigem Arbeitslosengeldbezug oder Mehrbedarfsleistungen z. B. bei Schwangerschaft oder Behinderung. Ein weiterer Grund ist, dass eigenes Einkommen den Bedarf bzw. Anspruch in unterschiedlich großem Umfang verringert. So war im Dezember 2007 in 59 % der Bedarfsgemeinschaften eigenes Einkommen anrechenbar, darunter in 39 % der Bedarfsgemeinschaften Kindergeld, in 28 % Einkommen aus Erwerbstätigkeit, in 12 % Unterhaltszahlungen und in 7 % andere Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosengeld).

Nicht erwerbsfähig: Empfänger/-innen von Sozialgeld

1,85 Millionen Kinder unter 15 Jahren auf Sozialgeld angewiesen

Wie oben bereits angesprochen, erhalten nicht erwerbsfähige Familienangehörige von ALG-II-Empfängern das sogenannte „Sozialgeld“. Am Jahresende 2007 wurden 1,9 Millionen Sozialgeldempfänger/-innen registriert. Der Anteil an allen Hartz-IV-Empfängern liegt damit bei 27 % (siehe Abbildung 6). Mit 1,85 Millionen Personen bestand diese Gruppe zu 96 % aus Kindern unter 15 Jahren. Der Kinderanteil an allen Bezieher/-innen von SGB-II-Leistungen lag im Bundesdurchschnitt bei 26 %. In Ostdeutschland war er mit 23 % etwas niedriger als im Westen (28 %).

9) Siehe hierzu Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Grundsicherung für Arbeitsuchende: Geldleistungen für Bedarfsgemeinschaften – Daten nach einer Wartezeit von 3 Monaten, Dezember 2007 (http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/200712/iii77/geldleistungen-bedarf_revvd.xls) sowie Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit, 56. Jahrgang, Nummer 5, Mai 2008.

10) Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts setzen sich zusammen aus den Regelleistungen Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Leistungen für Mehrbedarfe, Einmalleistungen, Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege-, und Rentenversicherung, Leistungen für Unterkunft und Heizung sowie ggf. einem Zuschlag für ehemalige Arbeitslosengeld-Empfänger/-innen.

Insgesamt bezogen gut 16 % aller in Deutschland lebenden Kinder unter 15 Jahren Leistungen nach dem SGB II. Besonders häufig waren – relativ betrachtet – Kinder in den neuen Bundesländern und in den Stadtstaaten auf diese Sozialleistung angewiesen (siehe Tabelle 2). Die höchste Bezugsquote wies Berlin mit 37 % auf; dort erhielt somit mehr als jedes dritte Kind unter 15 Jahren Leistungen nach dem SGB II.

Tabelle 2: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB II bezogen auf die jeweilige Bevölkerung am Jahresende 2007 nach Ländern

Land	Nicht erwerbsfähige Leistungsbezieher/-innen unter 15 Jahren	Erwerbsfähige Leistungsbezieher/-innen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren	Leistungsbezieher/-innen nach dem SGB II insgesamt (unter 65 Jahre)
	%		
Baden-Württemberg	8,9	4,7	5,5
Bayern	8,0	4,3	5,0
Berlin	37,1	18,9	21,7
Brandenburg	25,2	14,9	16,5
Bremen	31,7	15,8	18,6
Hamburg	24,1	12,0	14,0
Hessen	14,9	7,8	9,1
Mecklenburg-Vorpommern ..	31,8	17,6	19,7
Niedersachsen	16,5	9,3	10,8
Nordrhein-Westfalen	17,9	9,9	11,5
Rheinland-Pfalz	12,6	6,6	7,7
Saarland	16,8	9,0	10,4
Sachsen	26,6	15,1	16,8
Sachsen-Anhalt	32,1	17,7	19,8
Schleswig-Holstein	16,9	9,5	11,0
Thüringen	24,9	12,8	14,5
Deutschland	16,4	9,4	10,7

Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen
Bevölkerungsstand: 31.12.2007

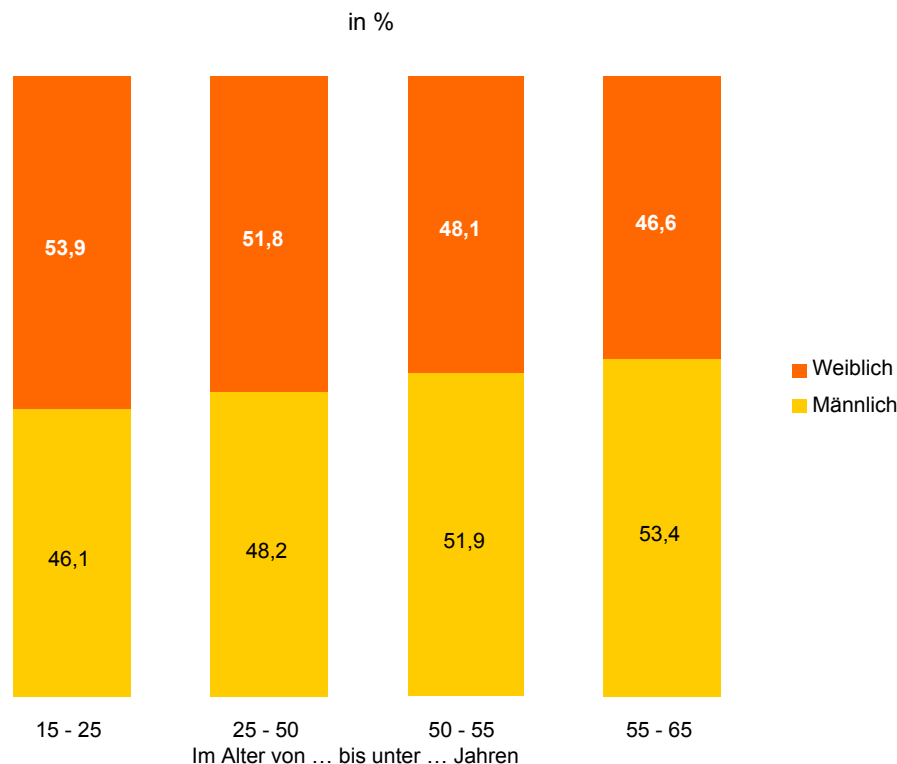
Erwerbsfähig: Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld II (ALG II)

Etwa 5,10 Millionen der insgesamt 7,02 Millionen Empfänger/-innen waren am Jahresende 2007 erwerbsfähig. Das entspricht 73 % aller Empfänger/-innen von SGB-II-Leistungen (siehe Abbildung 6). Diese Personengruppe erhielt ALG II. Männer und Frauen bezogen diese Leistung etwa zu gleichen Anteilen. Zur differenzierten Betrachtung der Geschlechterverteilung können unterschiedliche Altersklassen gebildet werden: Eine Altersklasse, die den Beginn des Erwerbslebens abbildet (15 bis unter 25 Jahre), eine vergleichsweise lange „mittlere“ Altersklasse (25 bis unter 50 Jahre) und zwei weitere Altersklassen, die das Ende des Erwerbslebens darstellen. Es fällt auf, dass der Anteil der Männer an den Leistungsbezieher/-innen mit steigendem Alter deutlich wächst (siehe Abbildung 8).

Ab 50 Jahren mehr Männer von ALG II abhängig als Frauen

Lag der Männeranteil bei den „Berufseinsteigern“ unter den ALG-II-Empfängern noch bei 46 %, so betrug er bei denen, die kurz vor dem Ende ihres Erwerbslebens standen, rund 53 %.

Abbildung 8: Empfänger/-innen von ALG II am Jahresende 2007 nach Altersklassen und Geschlecht



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Wesentlich deutlicher fällt der Unterschied zwischen Männern und Frauen bei den alleinerziehenden ALG-II-Empfängern aus. Von den insgesamt 651 000 Alleinerziehenden waren 95 % weiblich. In der Altersgruppe der unter 25-Jährigen, in der rund 79 000 Alleinerziehende statistisch erfasst wurden, betrug ihr Anteil sogar 98 %.

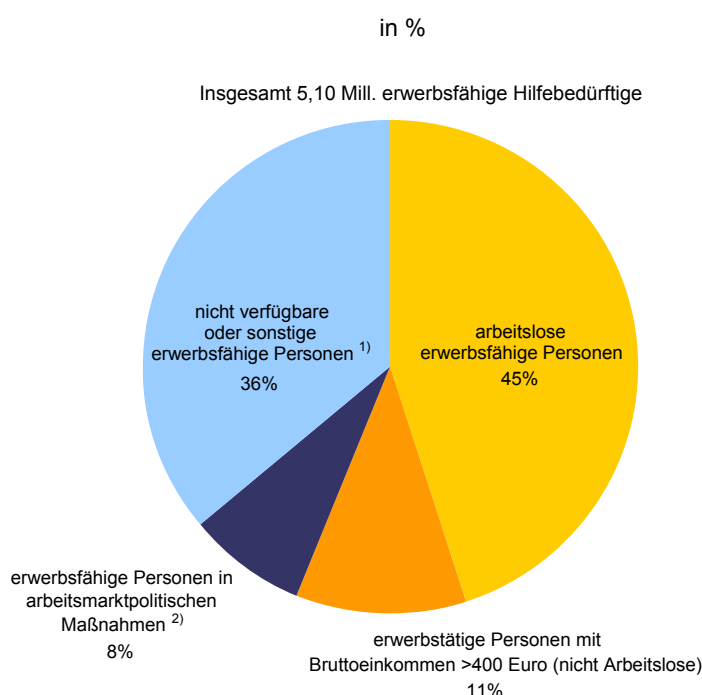
Nur knapp die Hälfte der ALG-II-Empfänger/-innen arbeitslos gemeldet

Mit der Reform des sozialen Sicherungssystems zum Jahresbeginn 2005 war vornehmlich das Ziel verknüpft, Arbeitslosigkeit – insbesondere strukturelle und lang andauernde Arbeitslosigkeit – in Deutschland zu bekämpfen. Die Grundsicherung für Arbeitsuchende ist folglich darauf ausgerichtet, den Bedürftigen die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt soweit möglich zu erleichtern. Doch nicht jeder erwerbsfähige Hilfebedürftige ist gleichzeitig auch arbeitslos gemeldet und steht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.¹¹⁾ Von den Ende 2007 registrierten 5,10 Millionen erwerbsfähigen ALG-II-Empfänger/-innen waren mit 2,28 Millionen Personen

11) Vgl. hierzu Analytikreport der Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Analyse der Grundsicherung für Arbeitsuchende, April 2008 (http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/200804/ama/grundsicherung_d.pdf) sowie Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit, 56. Jahrgang, Nummer 5, Mai 2008, Seiten 42-43.

nur knapp die Hälfte (45 %) tatsächlich arbeitslos gemeldet.¹²⁾ Die anderen 2,82 Millionen oder 55 % der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die Leistungen aus der Grundsicherung erhielten, ohne arbeitslos zu sein, können in drei Gruppen unterschieden werden: (1) Erwerbstätige Leistungsbezieher/-innen, die mehr als 15 Wochenstunden arbeiten; (2) Teilnehmer/-innen an Maßnahmen der Arbeitsförderung (z. B. Eingliederungs- bzw. Qualifizierungsmaßnahmen), die weiter Leistungen nach dem SGB II beziehen; (3) erwerbsfähige Hilfebedürftige, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen, weil sie z. B. die Schule besuchen, kleine Kinder bzw. pflegebedürftige Angehörige betreuen oder die vorruhestandsähnliche Regelung des § 428 SGB III in Verbindung mit dem § 65 SGB II in Anspruch nehmen.

Abbildung 9: Struktur der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach dem SGB II im Dezember 2007



1) Z.B. Inanspruchnahme von § 428 SGB III i.V.m. § 65 SGB II, Pflege Angehöriger, Krankheit, Schüler, Erziehung von Kindern unter 3 Jahren

2) Maßnahmen, bei denen der Teilnehmer weiter als erwerbsfähiger Empfänger erfasst bleibt (Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante, Förderung beruflicher Weiterbildung, Eignungsfeststellungs- und Trainingsmaßnahmen)

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

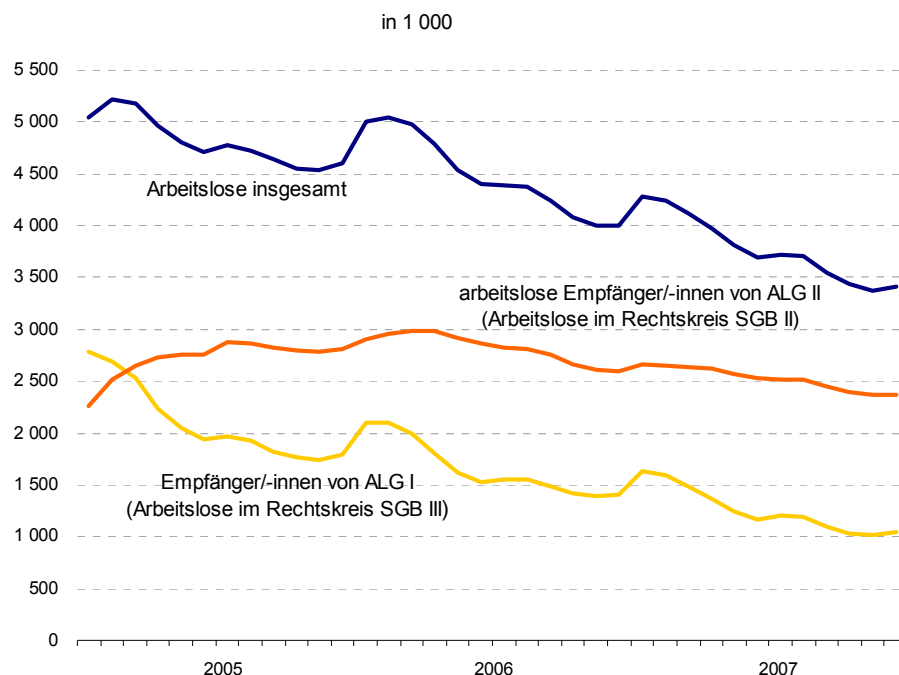
12) Anmerkung: Die Angaben zu den arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (ALG-II-Empfänger/-innen) weichen von den Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II ab (etwa um 4 %), da wegen nachträglichen Änderungen im Leistungsstatus und kurzzeitigen Leistungsunterbrechungen (ohne Rechtskreiswechsel) nicht alle in der Arbeitslosenstatistik zum Stichtag erfassten Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II auch Leistungsempfänger/-innen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind. Siehe hierzu auch den Methodenbericht der Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Zur Messung der Arbeitslosigkeit in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II (http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000200/html/methodenberichte/methodenbericht_sgbi_alo.pdf).

Nach Berechnungen der Statistik der Bundesagentur für Arbeit erzielten im Dezember 2007 etwa 25 % der ALG-II-Empfänger/-innen (das entspricht 1,29 Millionen Leistungsbeziehern) gleichzeitig ein eigenes Erwerbseinkommen.¹³⁾ Differenziert man die Einkünfte dieser Personengruppe in unterschiedliche Klassen, so ist festzustellen, dass von den ALG-II-Empfänger/-innen mit Erwerbseinkommen lediglich knapp die Hälfte (47 %) mehr als 400 Euro brutto je Monat verdiente (605 000 Personen); etwas mehr als die Hälfte (53 %) der Leistungsbezieher/-innen (684 000 Personen) verdiente monatlich 400 Euro oder weniger. Leistungen aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden hier durch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung ergänzt, ohne dass dadurch prinzipiell der Arbeitslosenstatus beendet wird. Bei Einkommen über 400 Euro lässt sich die Perspektive zunehmend umdrehen in dem Sinne, dass das Einkommen aus Erwerbstätigkeit nicht ausreicht, um für sich selbst oder die Bedarfsgemeinschaft den Lebensunterhalt zu sichern und somit durch die Grundsicherung für Arbeitsuchende „aufgestockt“ werden muss.

2.2 Exkurs: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen nach Einführung des SGB II

In den ersten beiden Jahren nach Einführung des SGB II ist die Arbeitslosigkeit in Deutschland spürbar gesunken (Abbildung 10). Die Umstrukturierung der sozialen Sicherungssysteme ging Anfang 2005 jedoch zunächst mit einem deutlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit einher. Waren im Dezember 2004 etwa 4,46 Millionen Menschen arbeitslos, stieg ihre Zahl im Januar 2005 unmittelbar nach der Umstellung um etwa 575 000 Personen oder 11,4 % auf rund 5 Millionen an.

Abbildung 10: Arbeitslosigkeit in Deutschland seit Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

¹³⁾ Quellen: Analytikreport der Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Analyse der Grundsicherung für Arbeitsuchende, April 2008.

Rückgang der Arbeitslosigkeit

Analysen der Bundesagentur für Arbeit zu Folge beruht dieser unerwartet hohe Sprung der Arbeitslosenzahl Anfang 2005 zu einem großen Teil auf einem statistischen Effekt, dem sogenannten Hartz-IV-Effekt.¹⁴⁾ Personen, die 2004 noch weit überwiegend der „Stillen Reserve“ des Arbeitsmarktes zugeordnet waren, wurden mit der Umstrukturierung erstmals statistisch als arbeitslos erfasst. Mit „Stiller Reserve“ sind insbesondere die (erwerbslosen) Personen gemeint, die zwar grundsätzlich erwerbsbereit, aber aus verschiedensten Gründen nicht bei einer Arbeitsagentur gemeldet sind, z. B. weil kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht. Die Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende hatte zur Folge, dass sich in größerem Umfang ehemalige erwerbsfähige Sozialhilfebezieher/-innen arbeitslos melden mussten, um ihre Ansprüche auf Transferleistungen nicht zu verlieren. Früher ist die Arbeitslosmeldung in einer Agentur für Arbeit häufig unterblieben oder wurde nicht erneuert. Außerdem mussten sich aufgrund des Bedarfsgemeinschaftsprinzips auch nicht erwerbstätige Partner/-innen und Angehörige von ehemaligen Arbeitslosenhilfebezieher/-innen arbeitslos melden, wenn ihnen Arbeit zuzumuten war. Wegen zeitverzögerter Erfassung verteilte sich die Umstellung auf mehrere Monate. Insgesamt schätzt die Statistik der Bundesagentur für Arbeit, dass die Zahl der Arbeitslosen im Jahr 2005 allein durch den „Hartz-IV-Effekt“ jahresdurchschnittlich um 380 000 Personen angestiegen ist. Im Februar desselben Jahres erreichte die Arbeitslosenzahl ihren Höhepunkt mit 5,2 Millionen Personen. Abgesehen von einem erneuten Anstieg in den Wintermonaten 2005/2006 sank die Zahl bis zum Jahresende 2006 deutlich auf etwa 4 Millionen arbeitslos gemeldete Personen ab. Diese positive Entwicklung setzte sich im Jahr 2007 weiter fort: So ging die Zahl der Arbeitslosen bis zum Jahresende 2007 auf 3,4 Millionen zurück.

Die Reduzierung der Arbeitslosigkeit ist vor allem auf den Rückgang der Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld I zurückzuführen (siehe Abbildung 10). Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit begründet diese Entwicklung mit der größeren Arbeitsmarktnähe der Arbeitslosengeld-I-Bezieher/-innen. So profitierten diese Leistungsbezieher/-innen eher von einem konjunkturellen Aufschwung als die Empfänger/-innen von ALG II. In der Gruppe der ALG-II-Empfänger/-innen sind häufig Langzeitarbeitslose vertreten. Als langzeitarbeitslos gilt, wer zum jeweiligen Stichtag ein Jahr oder länger arbeitslos gemeldet war (§ 18 SGB III).

Darüber hinaus wurden unter den ALG-II-Empfängern/-innen deutlich mehr Ausländer/-innen und deutlich mehr Geringqualifizierte registriert als bei den ALG-I-Empfängern/-innen. Im Zusammenhang mit einer lang andauernden Arbeitslosigkeit wirkt sich dies erschwerend für die Aufnahme einer Beschäftigung aus.

¹⁴⁾ Vgl. hierzu: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt 2005 (http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000100/html/jahr/arbeitsmarkt_2005_gesamt.pdf).

2.3 Ausgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende

36,3 Milliarden Euro für „passive Leistungen“ im Jahr 2007

Die Ausgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende lassen sich in sogenannte „passive Leistungen“, Eingliederungsleistungen und Verwaltungskosten unterteilen. Unter „passiven Leistungen“ sind Ausgaben zu verstehen, die unmittelbar für die Sicherung des Lebensunterhalts aufgebracht werden müssen. Dazu zählen die Regelleistungen, die Kosten für Unterkunft und Heizung, Sozialversicherungsbeiträge, eventuell anfallende Mehrbedarfzuschläge, ggf. befristete Zuschläge nach vorherigem Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB II, sowie einmalige Leistungen z. B. für die Erstausrüstung einer Wohnung oder für mehrtägige Klassenfahrten. Die passiven Ausgaben für Leistungen nach dem SGB II betrugen 2007 rund 36,3 Milliarden Euro. Gegenüber dem Vorjahr (40,5 Milliarden Euro) gingen diese Ausgaben damit um rund 10 % zurück. Nach wie vor stellen die passiven Leistungen jedoch die mit Abstand größte Ausgabenposition der Grundsicherung für Arbeitsuchende dar.

Tabelle 3: Ausgabenentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende in den Jahren 2005 bis 2007

Ausgabenart	2005	2006	2007	Veränderung 2007 zu 2006
	Mrd. EUR			%
Passive Leistungen	37,3	40,5	36,3	– 10,4
Eingliederungsleistungen	3,6	4,5	4,8	+ 6,7
Verwaltungskosten	3,1	3,6	3,7	+ 2,8
Insgesamt	44,4	49,1	45,3	– 7,7

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, SGB II-Jahresbericht 2007, S. 25-30
(<http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/Veroeffentlichungen/SGB-II/SGBII-Jahresbericht-2007.pdf>)

Die Eingliederungsleistungen sind Kosten für Maßnahmen, die dazu beitragen, erwerbsfähige SGB-II-Empfänger/-innen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Dazu zählen beispielsweise die Förderung von beruflicher Weiterbildung, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Beratungs- und Vermittlungsleistungen etc. Für Eingliederungsleistungen sind im Jahr 2007 rund 4,8 Milliarden Euro investiert worden; dies entspricht einem Anstieg von knapp 7 % gegenüber dem Vorjahr.

Zu den Verwaltungskosten zählen insbesondere die Ausgaben für Personal- und Sachkosten. Sie lagen 2007 bei 3,7 Milliarden Euro und damit um knapp 3 % höher als im Jahr 2006.

3 Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII

Zum 1.1.2005 wurde das Sozialhilferecht reformiert und im Sozialgesetzbuch XII (SGB XII „Sozialhilfe“) neu geregelt. Das bis dahin geltende Bundessozialhilfegesetz wurde gleichzeitig außer Kraft gesetzt. In diesem Zusammenhang haben sich aus statistischer Sicht zwei entscheidende Veränderungen im Sozialhilferecht ergeben:

**Veränderungen
im Sozialhilferecht
durch „Hartz IV“**

Zum einen erhalten seit Inkrafttreten des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt („Hartz IV“) ab dem 1.1.2005 bisherige Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, die grundsätzlich erwerbsfähig sind, sowie deren im selben Haushalt lebende Familienangehörige Leistungen nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (siehe Kapitel 2). Dieser Personenkreis wird ab 2005 daher nicht mehr in der Sozialhilfestatistik nachgewiesen. Die Hilfe zum Lebensunterhalt hat durch die Einführung von „Hartz IV“ die aus statistischer Sicht gravierendsten Veränderungen innerhalb des Sozialhilferechts erfahren. Der Rückgang der Empfängerzahlen dieser Sozialleistung, die ehemals politisch und wissenschaftlich im Fokus der Armutsdiskussion stand, betrug Ende 2005 gegenüber 2004 rund 97 %.¹⁵⁾

Zum anderen wurde das zum Jahresbeginn 2003 in Kraft getretene „Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ nahezu unverändert in das SGB XII eingeordnet. Diese Leistung erhalten Personen ab 65 Jahren sowie dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen ab 18 Jahren, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln aufbringen können. Die 2003 und 2004 noch gesondert durchgeführte Erhebung über die Ausgaben der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurde ab dem Jahr 2005 in die Ausgabenstatistik der Sozialhilfe integriert. Für den statistischen Nachweis der Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gibt es seit 2003 eine eigenständige Erhebung.

**Eingliederung des
Grundsicherungs-
gesetzes ins SGB XII**

Die „originäre“ Sozialhilfe, also Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, erhalten seit dem 1.1.2005 nur noch die nicht erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln (z. B. Vermögen) oder durch Leistungen anderer Sozialleistungsträger decken können. Dazu gehören zum Beispiel vorübergehend Erwerbsunfähige, längerfristig Erkrankte oder Vorruhestandsrentner mit niedriger Rente. Kinder zählen nicht mehr sehr häufig zu den Sozialhilfeempfängern. Sie erhalten seit Jahresbeginn 2005 bei Bedürftigkeit Leistungen nach dem SGB II, sofern sie mit einer erwerbsfähigen Person in einer Bedarfsgemeinschaft zusammen leben. Ist dies jedoch nicht der Fall, dann erhalten sie Leistungen der Sozialhilfe.

Insgesamt erhielten am Jahresende 2007 etwa 821 000 Personen laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII; gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Anstieg um 7,5 %.

**Rund 821 000 Mindest-
sicherungsbezieher im
Rechtskreis SGB XII**

¹⁵⁾ Bezogen auf die Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (bis Ende 2004 sogenannte „Sozialhilfe im engeren Sinne“).

Die Bruttoausgaben für diese Leistungen betrugen insgesamt rund 4,1 Milliarden Euro (+ 12,0 % gegenüber 2006).¹⁶⁾

Im Folgenden werden die beiden zur sozialen Mindestsicherung zu rechnenden Sozialhilfeleistungen, d. h. die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen sowie die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, differenziert betrachtet.

3.1 Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (3. Kapitel SGB XII)

Drastischer Rückgang der Sozialhilfeempfänger/-innen durch „Hartz IV“

Zum Jahresende 2007 erhielten in Deutschland rund 88 000 Personen (+ 8,1 % gegenüber dem Vorjahr) laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen. Der Anteil der Hilfebezieher/-innen an der Bevölkerung lag damit – wie im Vorjahr – bei 0,1 %. Wie oben bereits angesprochen, ging die Zahl der Empfänger/-innen infolge des zum 1.1.2005 in Kraft getretenen SGB II drastisch zurück. Ende 2004, also unmittelbar vor Inkrafttreten des SGB II, hatten noch rund 2,9 Millionen Personen oder 3,5 % der Bevölkerung diese Art der Sozialhilfe bezogen.

Rund 77 000 oder 87 % der 88 000 Hilfebezieher/-innen außerhalb von Einrichtungen Ende 2007 waren Deutsche, 11 000 oder 13 % waren ausländische Mitbürger/-innen. Die Empfängerdichte von Ausländern (1,6 Hilfebezieher/-innen je 1 000 Einwohner) lag höher als die der Deutschen (1,0 Hilfebezieher/-innen je 1 000 Einwohner). Die Untergliederung bei ausländischen Hilfeempfängern/-innen zeigt, dass 19 % aus Staaten der Europäischen Union kamen, weitere 13 % waren Asylberechtigte und 1 % Bürgerkriegsflüchtlinge. Der mit 67 % größte Anteil entfiel auf den Personenkreis „sonstige Ausländer“, welcher in der Statistik nicht detaillierter untergliedert ist.

Etwas mehr als die Hälfte der Leistungsempfänger (52 %) am Jahresende 2007 war männlich. Mit Blick auf die Altersklassen lässt sich feststellen, dass rund 18 % der Empfänger/-innen Kinder im Alter von unter 18 Jahren waren, gut 77 % der Empfänger/-innen waren im Alter von 18 bis unter 65 Jahren. Knapp 5 % der Empfänger/-innen waren 65 Jahre und älter.

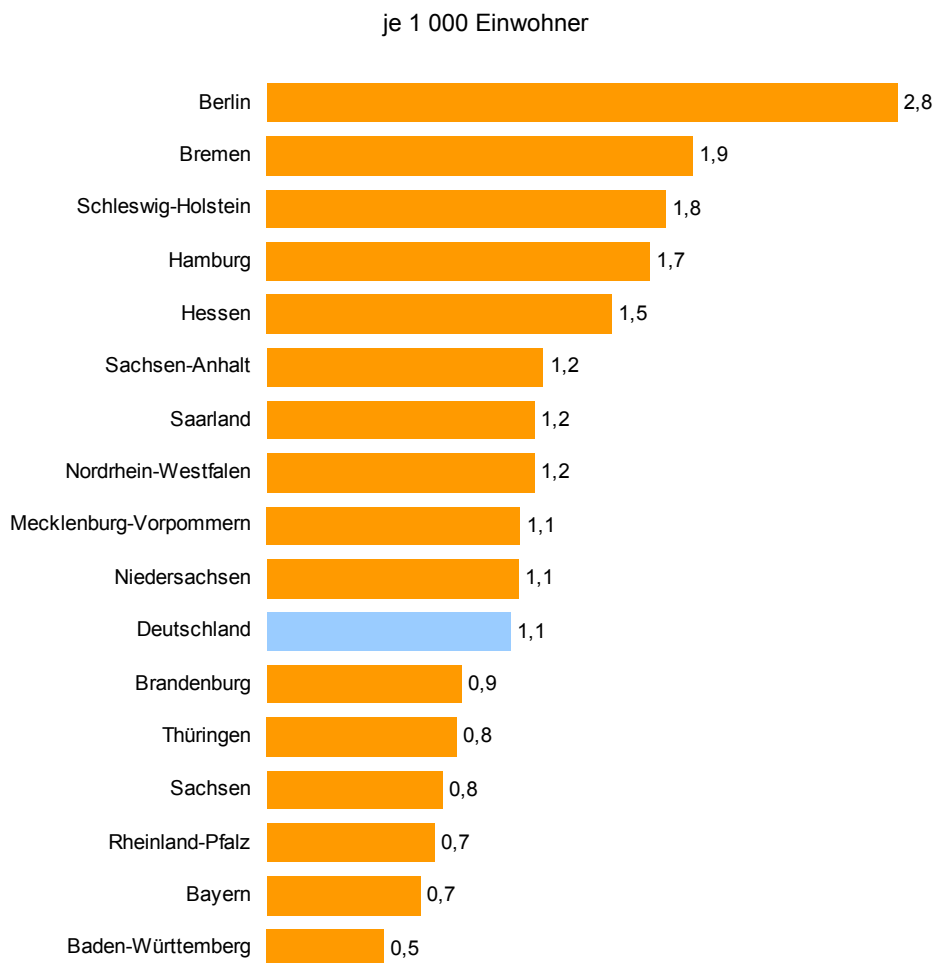
Ländervergleich

Im Osten Deutschlands (ohne Berlin) lag die Empfängerdichte mit 0,9 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner leicht unterhalb der Dichte für den Westen (1,0 Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner; ohne Berlin). Im Westen lässt sich wie in den Vorjahren auch 2007 ansatzweise ein Nord-Süd-Gefälle bei den Sozialhilfedichten feststellen, d. h. höhere Dichten im Norden und der Mitte Deutschlands und niedrigere Dichten im Süden (mit Ausnahme des Saarlandes). Unter den Flächenländern wiesen Schleswig-Holstein (1,8 je 1 000 Einwohner) und Hessen (1,5 je 1 000 Einwohner) die höchsten Empfängerdichten auf.

¹⁶⁾ Detaillierte Ergebnisse zur Sozialhilfestatistik bietet die Fachserie 13, Reihe 2 „Sozialhilfe 2007“, die im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes als kostenfreies Download-Produkt zur Verfügung steht (https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur_vollanzeige.csp&ID=1023714).

Die niedrigsten Dichten verzeichneten Baden-Württemberg (0,5 je 1 000 Einwohner) und Bayern sowie Rheinland-Pfalz (jeweils 0,7 je 1 000 Einwohner). Die höchste Empfängerichte gab es – wie in den Vorjahren – auch Ende 2007 in den Stadtstaaten Berlin (2,8 je 1 000 Einwohner) und Bremen (1,9 je 1 000 Einwohner). Im Osten lag die Empfängerichte in Sachsen und Thüringen mit 0,8 Empfängern/-innen je 1 000 Einwohner am niedrigsten; in Sachsen-Anhalt war sie mit 1,2 je 1 000 Einwohner am höchsten.

Abbildung 11: Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am Jahresende 2007 nach Ländern



Die rund 88 000 Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am Jahresende 2007 lebten in 80 000 Bedarfsgemeinschaften; die durchschnittliche Anzahl der Empfänger/-innen pro Bedarfsgemeinschaft lag damit bei 1,1. Gut drei Viertel der Bedarfsgemeinschaften (76 %) waren Einpersonenhaushalte. Etwa 15 % entfielen auf Zweipersonenhaushalte, in den restlichen 10 % der Bedarfsgemeinschaften lebten drei und mehr Personen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen wird im Wesentlichen in Form von Regelsätzen, ggf. Mehrbedarfzuschlägen und durch die Übernahme der Unterkunftskosten einschließlich der Heizkosten gewährt; darüber hinaus können auch Beiträge zur Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Alters-

**Bedarfsberechnung
und Höhe der
Geldleistungen**

sicherung übernommen werden. Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts sind bei dieser Art der Sozialhilfe identisch mit den entsprechenden Leistungen nach dem SGB II (siehe Kapitel 2). Die Summe der genannten Bedarfspositionen für den Haushaltsvorstand und dessen Haushaltsangehörige ergibt den Bruttobedarf eines Haushalts. Zieht man hiervon das angerechnete Einkommen ab, erhält man den tatsächlich ausbezahlten Nettoanspruch. Im Durchschnitt errechnete sich für eine Sozialhilfe-Bedarfsgemeinschaft außerhalb von Einrichtungen zum Jahresende 2007 ein monatlicher Bruttobedarf von 657 Euro, wovon allein 40 % auf die anerkannten Aufwendungen für Unterkunft und Heizung entfielen. Unter Berücksichtigung des angerechneten Einkommens in Höhe von durchschnittlich 215 Euro wurden pro Bedarfsgemeinschaft im Schnitt 442 Euro (18 Euro mehr als im Vorjahr) – also etwa zwei Drittel des Bruttobedarfs – monatlich ausgezahlt.

Die Sozialhilfe-Bedarfsgemeinschaften bezogen in mehr als der Hälfte der Fälle (56 %) ein oder mehrere Einkommen, die ganz oder zum Teil auf die Sozialhilfe angerechnet wurden. Eine wesentliche Rolle spielten dabei die Rente wegen Erwerbsminderung mit 40 %, das Kindergeld mit 28 % sowie die Altersrente (22 %).¹⁷⁾

Durch „Hartz IV“ deutlich geringere Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt

Die Bruttoausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen beliefen sich im Jahr 2007 auf 521 Millionen Euro (Nettoausgaben: 335 Millionen Euro). Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung der Bruttoausgaben um 3,8 % und einer Steigerung der Nettoausgaben um 30,7 %. Im Jahr 2004, also vor Inkrafttreten von „Hartz IV“, wurden brutto noch 9,8 Milliarden Euro für diese Hilfeart ausgegeben.

Neben den Empfängern/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen gab es etwa 224 000 Personen (– 0,1 % gegenüber 2006), die am Jahresende 2007 Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Einrichtung erhielten, z. B. in Wohn- oder Pflegeheimen. Gegenüber dem Jahresende 2004 hat sich die Zahl der Empfänger/-innen dieser Hilfeleistung aufgrund gesetzlicher Änderungen damit mehr als vervierzehnfacht: So wurden bis Ende 2004 auch die Kosten des reinen Lebensunterhalts in einer Einrichtung (Unterkunft, Verpflegung, etc.) im Rahmen der stationären Leistung oder Maßnahme (zum Beispiel Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege) als Bedarf anerkannt. Seit 2005 werden der Lebensunterhalt und die Maßnahmen für diesen Personenkreis jeweils als separate Leistungen bewilligt. Dadurch werden behinderte und pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen nun auch in der Statistik über die Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt erfasst, sofern sie diesen Bedarf nicht durch Renteinkünfte oder in anderer Weise decken können.

Zählt nicht zur Mindestsicherung: Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen

Die Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen werden in diesem Bericht aus statistischen Gründen nicht in die Gesamtzahl der Mindestsicherungsbezieher/-innen einbezogen, da es andernfalls zu Überschneidungen und Doppelzählungen mit den bereits darin enthaltenen Empfänger/-innen von Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Einrichtungen kommen würde (nahezu deckungsgleicher Personenkreis).

¹⁷⁾ Grundsätzlich werden sämtliche im Haushalt vorkommenden Einkommensarten erfasst, die in die Sozialhilfe-Bedarfsberechnung einbezogen werden, d. h. Mehrfachangaben sind zulässig.

3.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)

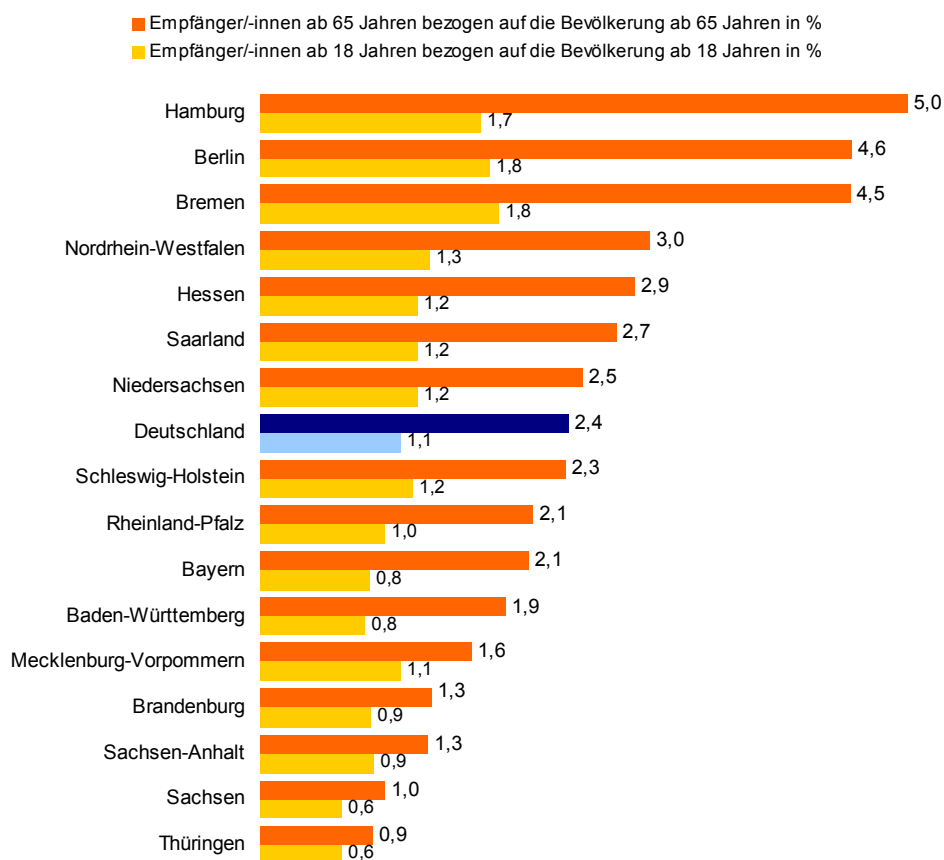
Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch wurde neben dem Bundessozialhilfegesetz unter anderem auch das Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mit Wirkung vom 1.1.2005 als 4. Kapitel in das SGB XII „Sozialhilfe“ integriert. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben sich durch diese Gesetzesänderung im Wesentlichen nicht verändert. Somit sind die statistischen Ergebnisse nach Jahresbeginn 2005 mit denen aus den Vorjahren weiterhin vergleichbar.

Trotz Gesetzesänderung: Statistik weiter vergleichbar

Am Jahresende 2007 erhielten in Deutschland rund 733 000 Personen Leistungen der „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“. Das sind 51 000 Empfänger/-innen mehr als im Vorjahr. Der Anstieg von 2006 auf 2007 lag bei 7,4 % (von 2005 auf 2006: 8,2 %). Ende 2007 waren in Deutschland somit 1,1 % (Vorjahr 1,0 %) der Menschen ab 18 Jahren auf Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII angewiesen.

Wie schon in den Vorjahren zeigte sich auch 2007 eine höhere Inanspruchnahme dieser Sozialhilfeleistung im früheren Bundesgebiet (ohne Berlin): Hier lag die Quote der Grundsicherungsempfänger/-innen ab 18 Jahren bei 1,1 %, während sie in den neuen Ländern 0,8 % betrug. Die höchsten Bezugsquoten wiesen die Stadtstaaten Berlin und Bremen (jeweils 1,8 %) sowie Hamburg (1,7 %) auf, die niedrigsten Thüringen und Sachsen (je 0,6 %).

Höhere Inanspruchnahme im Westen Deutschlands

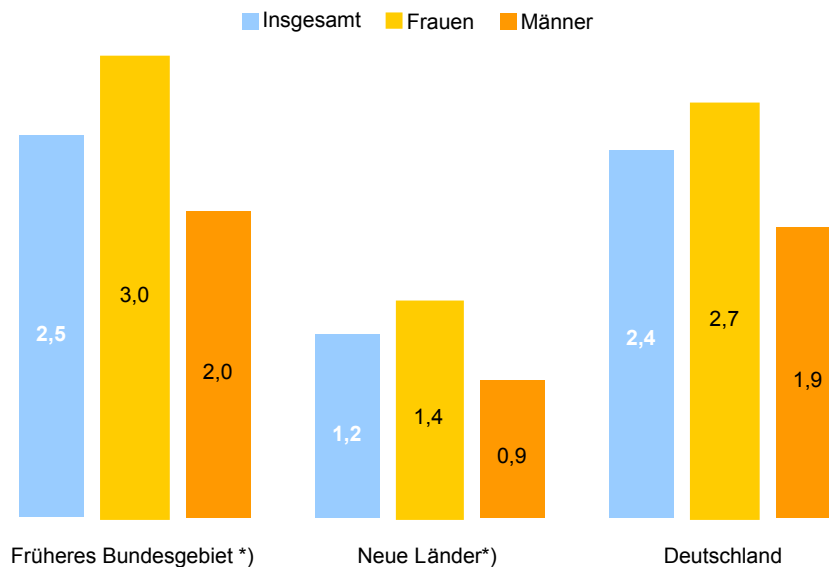
Abbildung 12: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Jahresende 2007 nach Ländern

Von den insgesamt 733 000 Grundsicherungsempfängern/-innen waren rund 340 000 Personen oder 46 % im Alter von 18 bis unter 65 Jahren und erhielten diese Leistung aufgrund einer dauerhaft vollen Erwerbsminderung. Diese Menschen werden auch künftig dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraussichtlich nicht mehr zur Verfügung stehen. 392 000 Personen oder 54 % der Empfänger/-innen waren 65 Jahre und älter. Damit konnten Ende 2007 2,4 % aller Personen dieser Altersgruppe ihren Lebensunterhalt nur mit Hilfe von Grundsicherungsleistungen abdecken. Die Quote der ab 65-jährigen Empfänger/-innen hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht (2006: 2,3 %).

Frauen im Rentenalter stärker auf Grundsicherung angewiesen als Männer

Betrachtet man ausschließlich die älteren Grundsicherungsbezieher/-innen ab 65 Jahren, fallen neben den Ost-West-Differenzen insbesondere auch geschlechtsspezifische Unterschiede auf: So bezogen Ende 2007 in Deutschland 2,7 % aller Frauen im Rentenalter Grundsicherungsleistungen, bei den Männern waren es dagegen 1,9 %. Während im früheren Bundesgebiet 3,0 % der Frauen im Rentenalter Grundsicherungsleistungen erhielten, waren es in den neuen Ländern lediglich 1,4 %. Bei den Männern im Rentenalter lag die Bezugsquote bei 2,0 % im früheren Bundesgebiet bzw. 0,9 % in den neuen Ländern (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13: Empfänger/-innen von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 65 Jahren am Jahresende 2007



*) Ohne Berlin.

Ursache für geringere Grundsicherungsquoten der älteren Personen in den ost-deutschen Bundesländern könnte die höhere Erwerbsbeteiligung – vor allem auch der Frauen – in der ehemaligen DDR sein. Dies führte zu höheren Rentenansprüchen, die meist zur Sicherung des Lebensunterhalts im Alter ausreichen. Als weitere mögliche Ursachen für geringere Bezugsquoten in Ostdeutschland kommen ein niedrigerer Ausländeranteil sowie ein geringeres Mietenniveau als im Westen der Bundesrepublik in Betracht.

Der Anteil der ausländischen Mitbürger/-innen an der Gesamtzahl der Empfänger/-innen von Grundsicherungsleistungen lag Ende 2007 bei 14 %. Betrachtet man jedoch den Anteil der Grundsicherungsempfänger/-innen getrennt nach der Staatsangehörigkeit an der jeweils entsprechenden Bevölkerung, ergibt sich ein anderes Bild: Während 1,7 % der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit am Jahresende 2007 Grundsicherungsleistungen erhielten, waren es bei den Deutschen nur 1,0 %. Vor allem bei älteren Ausländern zeigte sich eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme dieser Sozialleistung. 13 % der ausländischen Mitbürger/-innen ab 65 Jahren erhielten Grundsicherung. Damit lag die Quote bei ihnen knapp sieben Mal höher als bei den Deutschen in dieser Altersgruppe (2,0 %). Gründe dafür könnten vor allem geringere Einkommen von Ausländer/-innen in ihrer Erwerbszeit sowie kürzere Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung sein, wodurch die Bedürftigkeit wahrscheinlicher ist als bei Deutschen.

Ausländer deutlich häufiger von Grundsicherung abhängig als Deutsche

Die monatlichen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden wie die Leistungen nach dem SGB II und der Hilfe zum Lebensunterhalt nach Regelsätzen erbracht (siehe Kapitel 2 und 3.1). Neben dem Regelsatz

werden sowohl die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung als Bedarf anerkannt als auch eventuell anfallende Beiträge für Kranken-/Pflegeversicherung und Mehrbedarfzuschläge. Die Gesamtsumme dieser Bedarfspositionen ergibt den Bruttobedarf, also den Betrag, den der jeweilige Antragsteller für seinen Lebensunterhalt monatlich benötigt. Zieht man hiervon das anrechenbare Einkommen des Empfängers ab, erhält man den tatsächlich ausbezahlten Nettoanspruch.

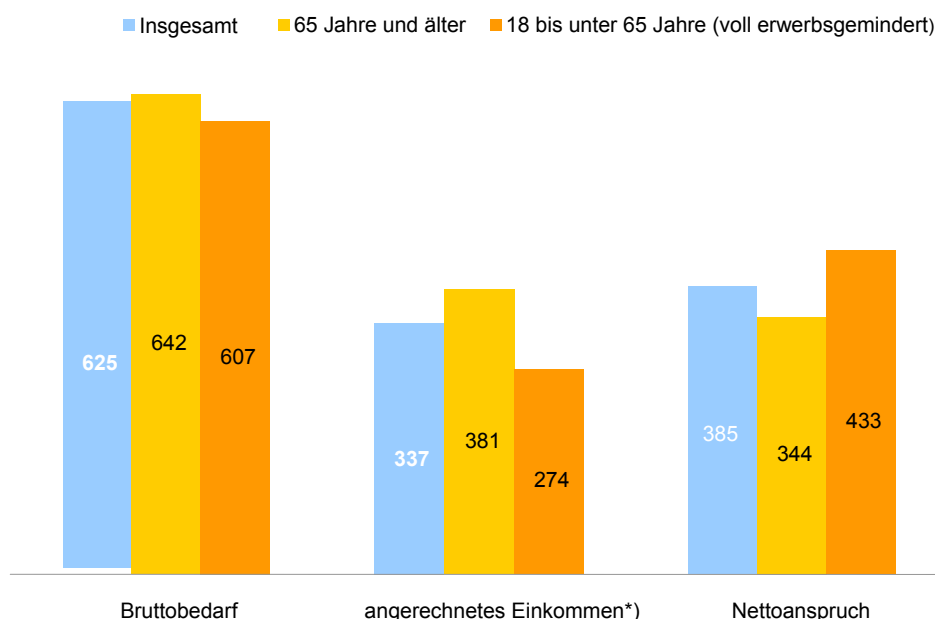
Monatlicher Nettoanspruch 385 Euro pro Person

Im Durchschnitt errechnete sich für eine(n) Empfänger/-in von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zum Jahresende 2007 ein monatlicher Bruttobedarf von 625 Euro (+ 1,8 % gegenüber dem Vorjahr), wovon rund 44 % auf die Kosten für Unterkunft und Heizung entfielen (+ 5,3 % gegenüber dem Vorjahr). Den größeren Anteil am Bruttobedarf hatte der Regelsatz, welcher mit durchschnittlich 314 Euro in die Bedarfsberechnung einbezogen wurde. Unter Berücksichtigung des angerechneten Einkommens¹⁸⁾ in Höhe von 337 Euro (+ 3,7 % gegenüber dem Vorjahr) wurden im Schnitt monatlich 385 Euro je Leistungsberechtigtem ausgezahlt (Nettoanspruch). Der durchschnittliche Nettoanspruch lag damit etwas höher als im Vorjahr (381 Euro).

Für voll erwerbsgeminderte Personen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren ergab sich im Durchschnitt ein monatlicher Bruttobedarf von 607 Euro und ein Nettoanspruch von 433 Euro je Monat, für Personen ab 65 Jahren ein monatlicher Bruttobedarf von 642 Euro und ein Nettoanspruch von 344 Euro (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Durchschnittliche Leistungsgewährung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Jahresende 2007 nach Empfängergruppen

in EUR je Monat



*) Der Durchschnitt bezieht sich auf die Empfänger von Grundsicherung, bei denen tatsächlich anrechenbares Einkommen vorlag.

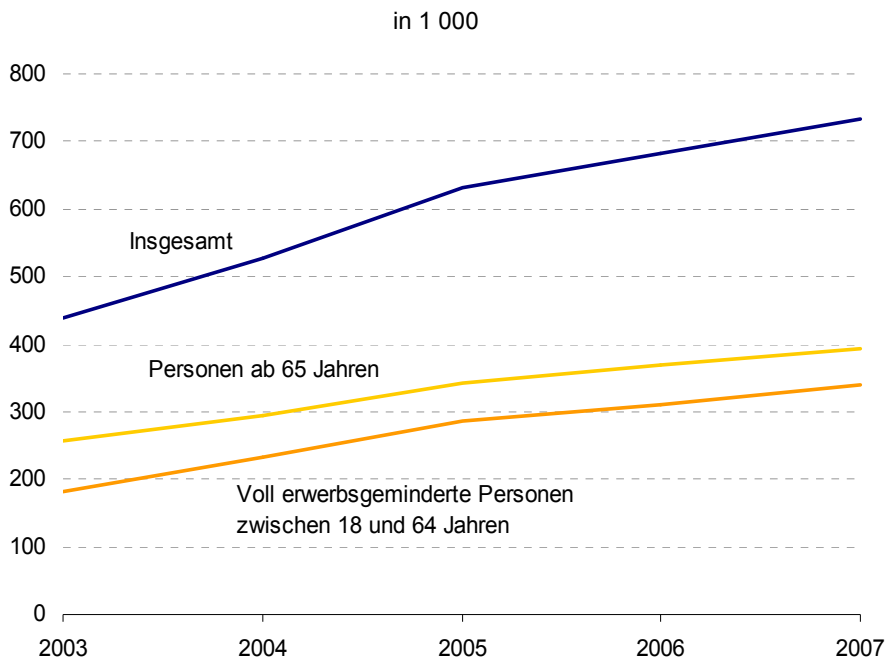
18) Die hier angegebenen Durchschnittswerte für die Positionen „Unterkunft und Heizung“ sowie „angerechnetes Einkommen“ beziehen sich lediglich auf die Leistungsberechtigten, bei denen tatsächlich Unterkunftskosten anfielen bzw. anrechenbares Einkommen vorhanden war.

Beim Vergleich der Beträge in den Bundesländern fällt auf, dass 2007 in den neuen Ländern der Bruttobedarf (inklusive Unterkunft- und Heizkosten) als auch der Nettoanspruch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt lagen. Dies war auch schon in den Vorjahren der Fall.

In den ersten Jahren nach Einführung des Grundsicherungsgesetzes sind die Empfängerzahlen stark angestiegen: Seit dem ersten Erhebungsstichtag am Jahresende 2003, als rund 439 000 Grundsicherungsempfänger/-innen gemeldet wurden, hat sich die Zahl bis zum Jahresende 2007 um rund 67 % erhöht. Ein Grund für den starken Anstieg in der Anfangszeit dürfte sein, dass es bei den durchführenden Kommunen teilweise zu einem nicht unerheblichen Rückstand hinsichtlich der Antragsbearbeitung gekommen ist. Die Veränderungsrate 2007 gegenüber 2006 lag bei 7,4 % und im Jahr 2006 gegenüber 2005 mit 8,2 % aber deutlich niedriger als zwischen den jeweiligen Vorjahren (jeweils knapp 20 % mehr Empfänger/-innen).

**Deutlicher Anstieg
der Fallzahlen im
Zeitverlauf**

Abbildung 15: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2003 bis 2007 jeweils am Jahresende



Insgesamt wandten die Kommunen und die überörtlichen Träger für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2007 brutto rund 3,56 Milliarden Euro auf (+ 12,7 % gegenüber 2006). Netto – nach Abzug insbesondere von Erstattungen anderer Sozialleistungsträger – verblieben rund 3,46 Milliarden Euro (ebenfalls + 12,7 % gegenüber 2006). Die Nettoaussgaben haben sich seit Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2003 nahezu verdreifacht. Damals lagen sie bei rund 1,35 Milliarden Euro.

Ausgabenanstieg

4 Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Einführung Asylbewerberleistungsgesetz

In Deutschland lebende Asylbewerber/-innen und sonstige nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Berechtigte erhalten seit 1993 anstelle von Sozialhilfe bei Bedarf Asylbewerberleistungen, um ihren Lebensunterhalt und spezielle Bedarfsituationen zu sichern. Dadurch fiel im Jahr 1994 ein Teil der Personen aus dem Sozialhilfebezug heraus und wechselte ins Asylbewerberleistungsrecht über. Die statistischen Angaben über die Empfänger/-innen und die finanziellen Aufwendungen nach dem AsylbLG werden seitdem jährlich in einer gesonderten Bundesstatistik, der Asylbewerberleistungsstatistik ¹⁹⁾, erfasst.

Leistungsarten: – Regelleistungen zur Deckung des täglichen Bedarfs

Die von der amtlichen Statistik erhobenen Leistungen nach dem AsylbLG umfassen die sogenannten Regelleistungen und die besonderen Leistungen. Die Regelleistungen dienen zur Deckung des täglichen Bedarfs und werden entweder in Form von Grundleistungen oder als Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt. Die Grundleistungen sollen den notwendigen Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege sowie Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts durch Sachleistungen decken. Unter besonderen Umständen können anstelle der Sachleistungen auch Wertgutscheine oder andere vergleichbare unbare Abrechnungen sowie Geldleistungen erbracht werden. Zusätzlich erhalten die Leistungsempfänger/-innen einen monatlichen Geldbetrag (Taschengeld) für die persönlichen Bedürfnisse des täglichen Lebens. Die so gewährte individuelle Hilfeleistung ist insgesamt geringer als die korrespondierenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt.

- besondere Leistungen für spezielle Bedarfsituationen

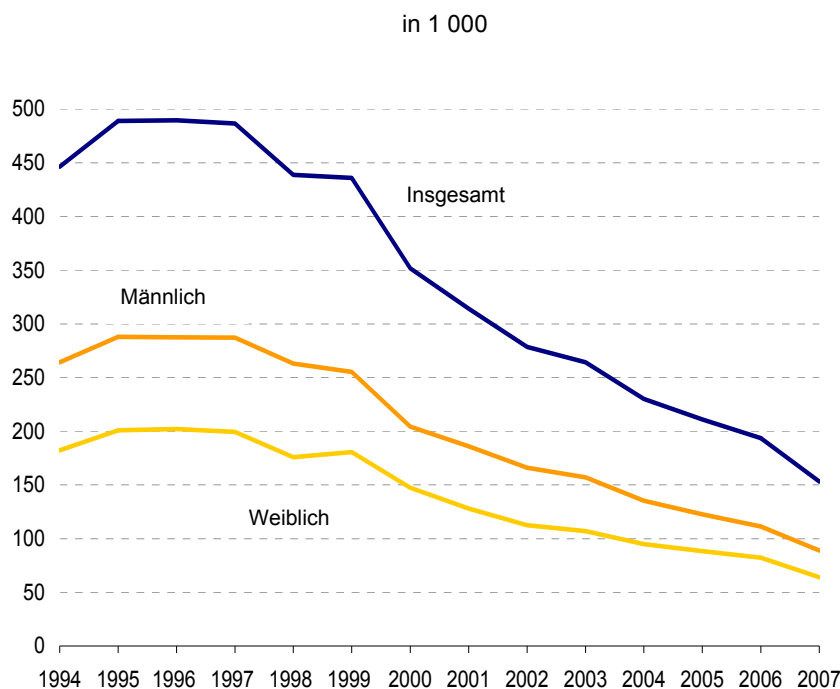
Die besonderen Leistungen werden in speziellen Bedarfssituationen gewährt. Dazu gehören unter anderem Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, Leistungen in Form von Bereitstellung von Arbeitsgelegenheiten sowie sonstige Leistungen.

Kontinuierlicher Rückgang der Empfängerzahlen seit 1996

Im Jahr 1994 wurden knapp 450 000 Personen erstmals in der Asylbewerberleistungsstatistik nachgewiesen. Der bisherige Höchststand wurde Ende 1996 mit 490 000 Personen verzeichnet; seitdem sind sowohl die Empfängerzahlen als auch die Ausgaben für Asylbewerberleistungen deutlich gesunken. Zum Jahresende 2007 erhielten in Deutschland noch 153 000 Personen in 83 000 Haushalten Leistungen zur Deckung des täglichen Bedarfs. Die Zahl der Leistungsbezieher/-innen ist gegenüber dem Vorjahr um 20,8 % zurückgegangen; dies ist der stärkste prozentuale Rückgang im Vorjahresvergleich seit Einführung der Statistik überhaupt. Bei den absoluten Zahlen wurde der stärkste Rückgang im Jahr 2000 festgestellt (rund 84 000 weniger Regelleistungsempfänger/-innen als Ende 1999).

19) Detaillierte Ergebnisse zur Asylbewerberleistungsstatistik bietet die Fachserie 13, Reihe 7 „Leistungen an Asylbewerber 2007“, die im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes als kostenfreies Download-Produkt zur Verfügung steht (<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023714>).

Abbildung 16: Empfänger/-innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 1994 bis 2007 jeweils am Jahresende



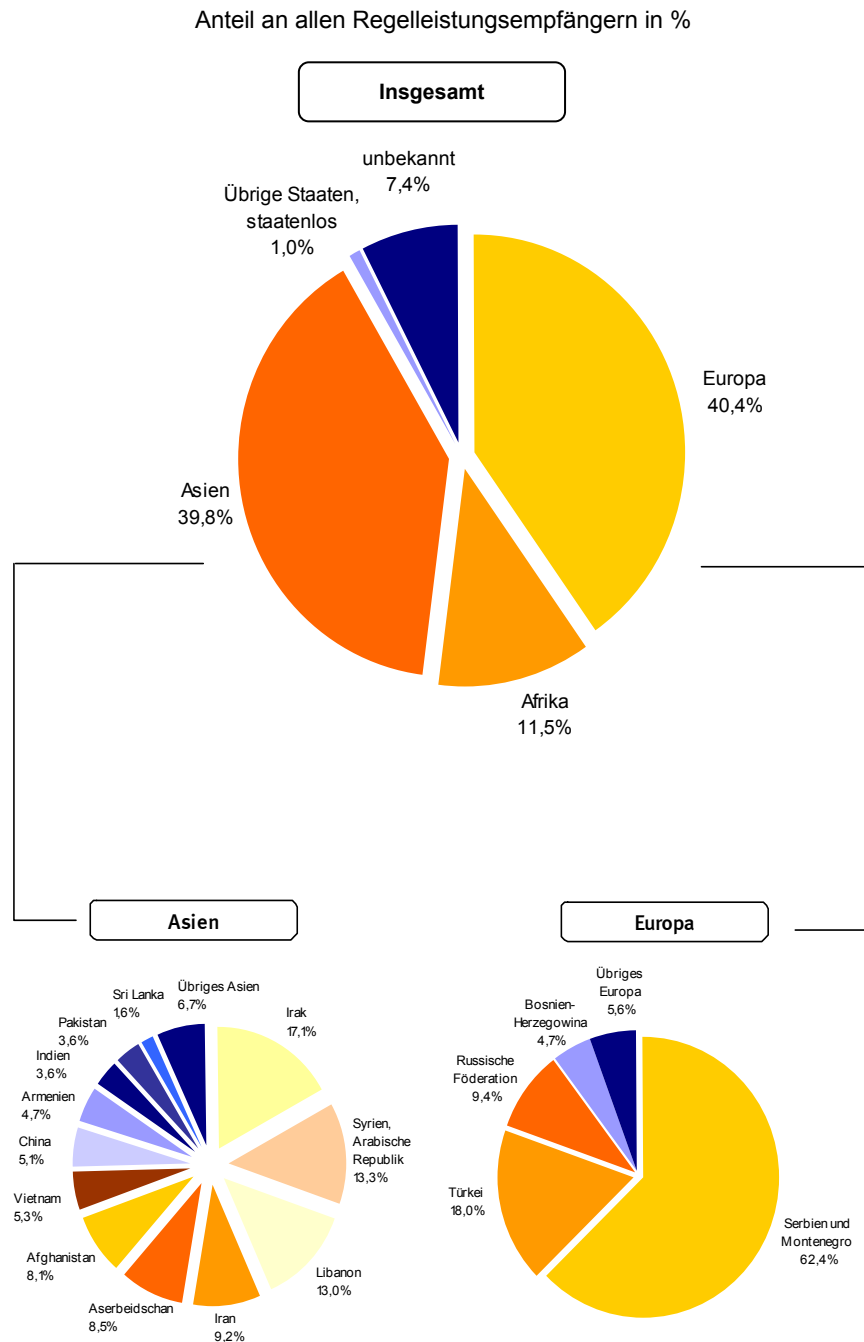
Rund 58 % der Regelleistungsempfänger/-innen am Jahresende 2007 waren männlich. Die Hälfte der Leistungsempfänger/-innen (77 000 bzw. 50 %) war jünger als 25 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Hilfebezieher/-innen betrug 26,2 Jahre. Mehr als die Hälfte der Empfänger/-innen (58 %) war zum Jahresende 2007 dezentral untergebracht, während die übrigen Hilfebezieher/-innen in Gemeinschaftsunterkünften oder Aufnahmeeinrichtungen lebten.

Wie Abbildung 17 verdeutlicht, stammten mit einem Anteil von jeweils 40 % die meisten Bezieher/-innen von Regelleistungen aus Europa und Asien, gefolgt von Afrika (12 %). Betrachtet man ausschließlich die Empfänger/-innen von Regelleistungen aus Europa, so bildeten Personen aus Serbien und Montenegro mit 62 % den mit Abstand größten Anteil. Am zweithäufigsten unter den Europäern erhielten Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit Regelleistungen (18 %), gefolgt von Menschen aus der Russischen Föderation (9 %) und Bosnien-Herzegowina (5 %).

Unter den asiatischen Herkunftsländern erhielten mit einem Anteil von 17 % am häufigsten Personen aus dem Irak Regelleistungen, gefolgt von Personen aus Syrien (13 %), dem Libanon (ebenfalls 13 %) und dem Iran (9 %).

**Herkunftsländer
der Regelleistungs-
bezieher/-innen**

Abbildung 17: Empfänger/-innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz am Jahresende 2007 nach Herkunft



Besondere Leistungen zählen nicht zur Mindestsicherung

Neben den vorgenannten Regelleistungen wurden noch 52 000 Fälle zur Statistik gemeldet, denen zum Jahresende 2007 besondere Leistungen nach dem AsylbLG gewährt wurden (– 21,2 % gegenüber 2006). Die Empfänger/-innen besonderer Leistungen erhalten in den allermeisten Fällen auch zugleich Regelleistungen. Es handelte sich beinahe ausschließlich um Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft oder Geburt. Die Empfänger/-innen besonderer Leistungen waren im Durchschnitt 27,2 Jahre alt; 58 % waren männlich. Die Empfänger/-innen dieser besonderen Leistungen werden im Rahmen des Projekts „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ nicht zu den Mindestsicherungsbeziehern gezählt.

Die Bruttoausgaben für Leistungen nach dem AsylbLG betrugen im Jahr 2007 in Deutschland 1,03 Milliarden Euro, nach Abzug der Einnahmen (insbesondere Erstattungen von Sozialleistungsträgern) in Höhe von 24,9 Millionen Euro beliefen sich die Nettoausgaben auf 1,01 Milliarden Euro. Gegenüber dem Vorjahr gingen die Nettoausgaben somit um 11,9 % zurück. Der größte Teil der Bruttoausgaben wurde für Regelleistungen aufgewandt (0,75 Milliarden Euro). Für besondere Leistungen wurden im Jahr 2007 rund 0,28 Milliarden Euro ausgegeben. Entsprechend der Entwicklung der Empfängerzahl lagen im Jahr 2007 auch die Ausgaben auf dem niedrigsten Stand seit Einführung der Asylbewerberleistungsstatistik.

Rückgang der Ausgaben

5 Leistungen der Kriegsofferfürsorge 2006

Eine weitere Sozialleistung, die zur Mindestsicherung hauptsächlich älterer Menschen beiträgt, ist die Kriegsofferfürsorge. Sie wird in erster Linie Personen gewährt, die bei militärischen Diensten geschädigt wurden. Aufgabe der Kriegsofferfürsorge ist es, sich der Beschädigten und ihrer Familienmitglieder sowie der Hinterbliebenen in allen Lebenslagen anzunehmen, um die Folgen der Schädigung oder des Verlustes der/des Angehörigen – zumindest materiell – angemessen auszugleichen oder zu mildern. Sofern Personen infolge ihrer Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes ihres Angehörigen (Ehegatte, Elternteil, Kind oder Enkelkind) nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt aus vorrangigen Sozialleistungen (z. B. Renten, Arbeitslosengeld etc.) bzw. aus sonstigem Einkommen und Vermögen zu decken, erhalten sie Leistungen der Kriegsofferfürsorge. Unter entsprechenden Voraussetzungen können neben Opfern des Krieges auch Soldaten, Zivildienstleistende, Opfer von Gewalttaten, Impfgeschädigte sowie politische Häftlinge in der ehemaligen DDR anspruchsberechtigt sein. Das Hilfespektrum der Kriegsofferfürsorge ist gegenüber der Sozialhilfe etwas größer. Darüber hinaus gelten höhere Einkommens- und Vermögensschutzgrenzen im Vergleich zur Sozialhilfe.

Aufgaben der Kriegsofferfürsorge

Die Kriegsofferfürsorge ist Teil des sozialen Entschädigungsrechts und in den §§ 25 bis 27j des Bundesversorgungsgesetzes („Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges“) geregelt. Sie dient der Ergänzung der übrigen Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes für Beschädigte und Hinterbliebene durch besondere Hilfen im Einzelfall.

Gesetzliche Grundlage

Obwohl das Bundesversorgungsgesetz, in dem u. a. auch die Kriegsofferfürsorge geregelt ist, schon 1950 in Kraft getreten ist, wurde erst 1963 das Gesetz über die Durchführung von Statistiken auf diesem Gebiet eingeführt. Davor wurden die Daten über die Leistungen der Kriegsofferfürsorge in der „Statistik der öffentlichen Fürsorge“ nachgewiesen. Diese ließ allerdings keine differenzierten Aussagen über die Hilfearten zu. Demnach stehen erst seit 1963 vergleichbare Daten über die Kriegsofferfürsorge zur Verfügung.²⁰⁾

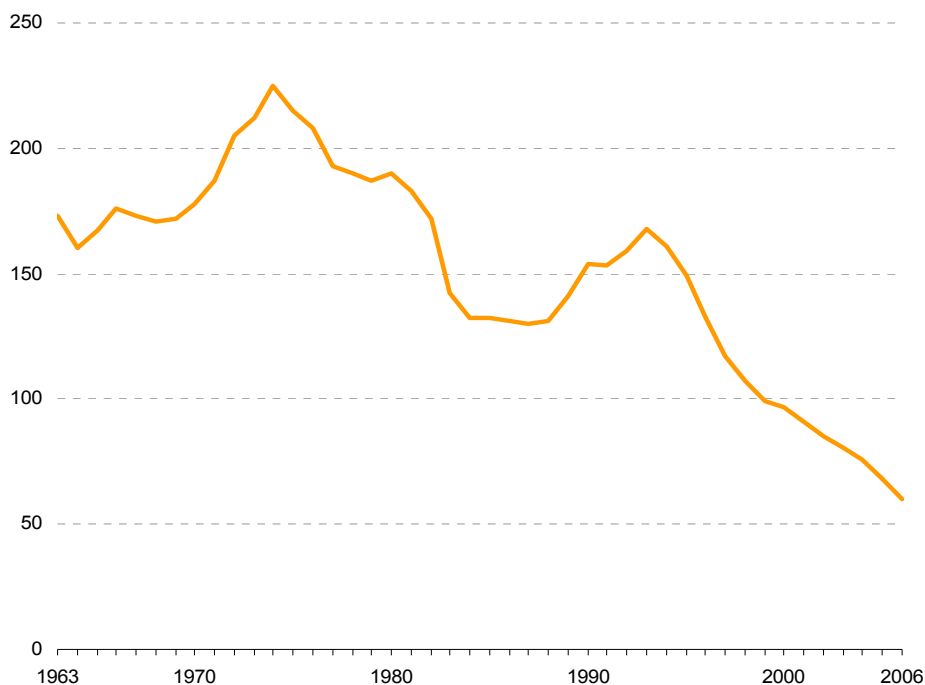
20) Die Statistik über die Kriegsofferfürsorge wurde von 1963 bis 2000 jährlich durchgeführt und findet seit dem Berichtsjahr 2002 zweijährlich statt. Gegenüber dem ersten Mindestsicherungsbericht, der im September 2008 erschien, finden sich daher in der vorliegenden Publikation keine aktualisierten Daten. Detaillierte Angaben bietet auch die Veröffentlichung „Statistik der Kriegsofferfürsorge 2006“, die im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes als kostenfreies Download-Produkt zur Verfügung steht (<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021275>).

Rückgang im Zeitverlauf

In Abbildung 18 sind die Empfänger/-innen von Kriegsofopferfürsorge im Zeitverlauf seit 1963 dargestellt. Im Jahr 1974 erreichten die Empfängerzahlen dieser Sozialleistung mit 225 000 Personen ihren höchsten Wert. Seitdem sanken die Empfängerzahlen insgesamt – trotz eines durch die Wiedervereinigung bedingten Zwischenanstiegs – deutlich ab. Im Jahr 2006 erhielten noch rund 60 000 Personen Leistungen der Kriegsofopferfürsorge. Damit sind die Empfängerzahlen im Zeitraum zwischen 1974 und 2006 um 73 % gesunken. Dieser Rückgang hat demografische Ursachen, da das Ende des Zweiten Weltkriegs inzwischen über 60 Jahre zurückliegt und somit Teile des anspruchsberechtigten Personenkreises in den letzten Jahrzehnten altersbedingt verstorben sind.

Abbildung 18: Empfänger/-innen laufender Leistungen der Kriegsofopferfürsorge 1963 bis 2006 *) jeweils am Jahresende

in 1 000



*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

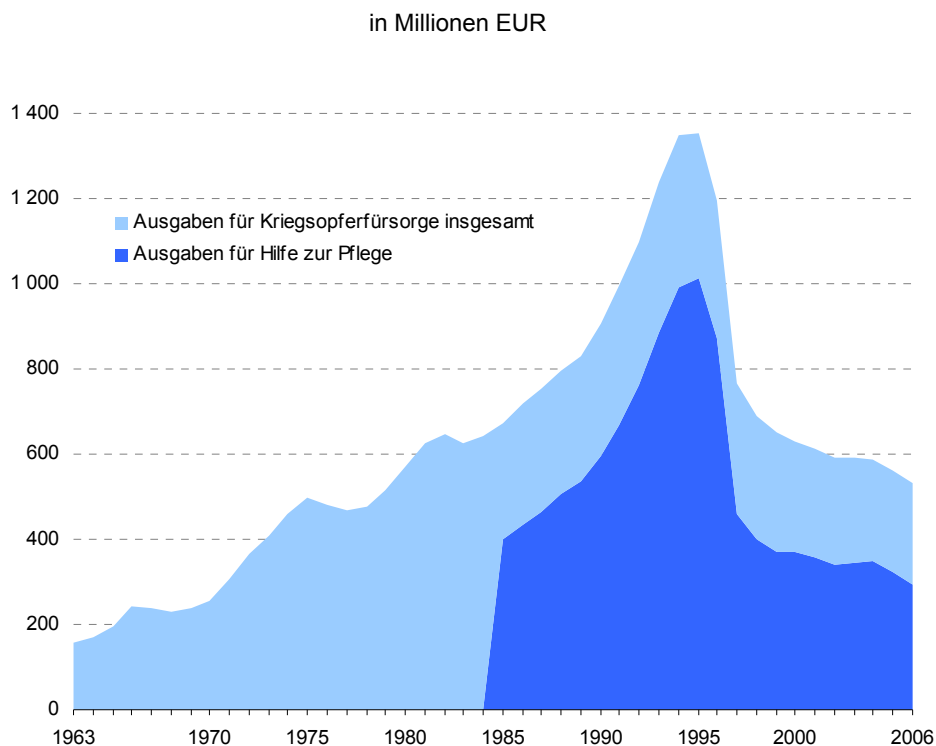
Ausgaben der Kriegsofopferfürsorge

Im Gegensatz zur Abnahme der Empfängerzahlen sind die Bruttoausgaben für die Kriegsofopferfürsorge im Zeitraum 1963 bis 1995 kontinuierlich angestiegen und zwar von 159 Millionen Euro im Jahr 1963 auf etwa 1,35 Milliarden Euro im Jahr 1995 (siehe Abbildung 19). Damit wurde 1995 über achtmal so viel Geld für die Kriegsofopferfürsorge ausgegeben wie 1963. Der Grund hierfür war die Ausweitung des Leistungsspektrums. Demnach wurden die von Beginn an bestehenden Leistungen mit den Jahren durch weitere Hilfearten, wie beispielsweise die Krankenhilfe, Berufsbeihilfe, Erziehungsbeihilfe, Wohnungshilfe, Hilfe zur Pflege sowie Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, ergänzt. Vor allem die seit 1978 hohe Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege durch einen alternden Personenkreis war die wesentliche Ursache für den jahrzehntelangen kontinuierlichen Ausgabenanstieg. Seit 1996 gehen die Bruttoausgaben deutlich zurück. Dieser Rückgang ist nicht nur auf

erheblich sinkende Empfängerzahlen seit 1996 zurückzuführen, sondern vor allem auf die Einführung der sozialen Pflegeversicherung und den daraus resultierenden Leistungen seit April 1995 (häusliche Pflege) bzw. seit Juli 1996 (stationäre Pflege). Diese Leistungen haben zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der Kriegsofopferfürsorge beigetragen.

Im Jahr 2006 beliefen sich die Bruttoausgaben für die Kriegsofopferfürsorge auf rund 531 Millionen Euro. Trotz der oben genannten Ausgabenentlastung durch die soziale Pflegeversicherung beträgt der Anteil der Hilfe zur Pflege an den Gesamtausgaben der Kriegsofopferfürsorge noch 56 %. Damit ist die Hilfe zur Pflege die mit Abstand größte Ausgabenposition der Kriegsofopferfürsorge.

Abbildung 19: Bruttoausgaben für die Kriegsofopferfürsorge insgesamt und die Hilfe zur Pflege 1963 bis 2006 *)

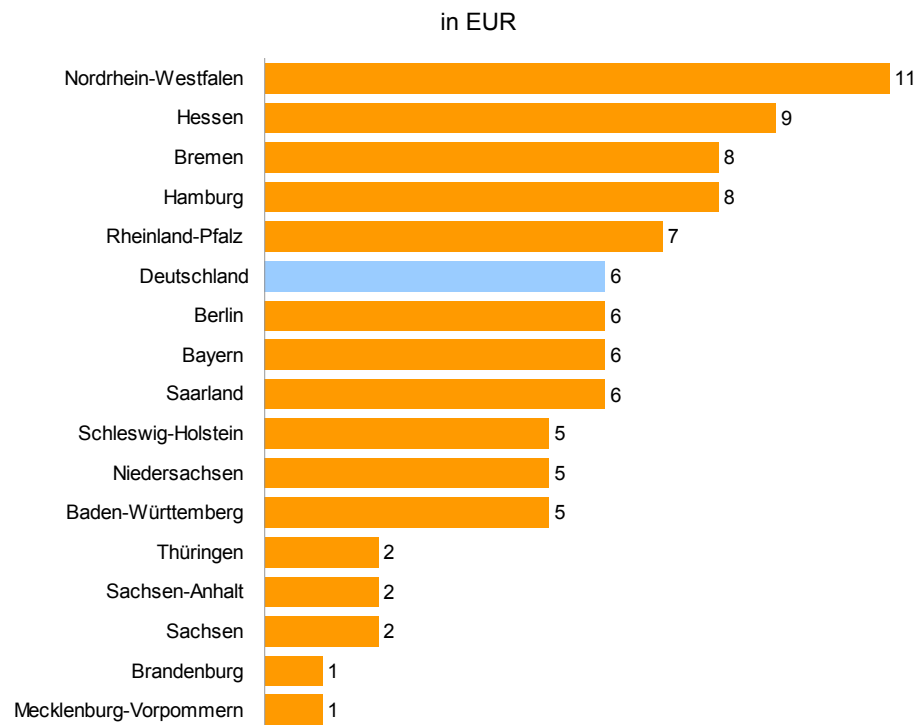


*) Vor 1991: Früheres Bundesgebiet.

Auf Ebene der Bundesländer fielen im Jahr 2006 die höchsten Ausgaben in Nordrhein-Westfalen (195 Millionen Euro), Bayern (76 Millionen Euro) und Hessen (56 Millionen Euro) an. In den neuen Ländern musste nur ein Bruchteil dieser Beträge für die Kriegsofopferfürsorge aufgewendet werden, da dort auch die Empfängerzahlen deutlich niedriger waren als im Westen. Dies spiegelt sich auch in dem Indikator „Ausgaben je Einwohner“ auf Länderebene wider (siehe Abbildung 20).

**Ausgaben im Osten
deutlich niedriger als
im Westen**

Abbildung 20: Bruttoausgaben je Einwohner für die Kriegsopferfürsorge im Jahr 2006



Anhang

Anhang 1: Überblick über weitere Leistungen der sozialen Sicherung

Neben den in dieser Publikation ausführlich beschriebenen staatlichen Mindestsicherungsleistungen gibt es in Deutschland eine Vielzahl staatlicher Leistungen bzw. Leistungen der Sozialversicherungen, die für die soziale Sicherung der Bevölkerung von erheblicher Bedeutung sind.²¹⁾ Die nachstehende Tabelle 4 gibt einen Überblick über die in diesem Zusammenhang wichtigsten sonstigen Leistungssysteme und ihre jeweiligen gesetzlichen Grundlagen. Ferner ist aus der Tabelle ersichtlich, welche Institutionen im Wesentlichen über statistische Daten zur Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen verfügen.²²⁾

Tabelle 4: Übersicht über weitere Sozialleistungen, die jedoch nicht zu den sozialen Mindestsicherungssystemen gezählt werden

Leistung	Gesetzliche Grundlage	Statistik (Datenhalter)
1. Sozialversicherungssysteme		
Arbeitslosenversicherung/ Arbeitslosengeld I	SGB III „Arbeitsförderung“	Bundesagentur für Arbeit
Krankenversicherung	SGB V „Gesetzliche Krankenversicherung“	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)/ Statistische Ämter des Bundes und der Länder/ Gesundheitsberichterstattung des Bundes ²³⁾
Rentenversicherung	SGB VI „Gesetzliche Rentenversicherung“	Deutsche Rentenversicherung
Unfallversicherung	SGB VII „Gesetzliche Unfallversicherung“	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
Pflegeversicherung	SGB XI „Soziale Pflegeversicherung“	Statistische Ämter des Bundes und der Länder/ Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

21) Detaillierte Informationen hierzu finden sich in der Broschüre „Soziale Sicherung im Überblick“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter http://www.bmas.de/coremedia/generator/10118/soziale_sicherung_im_ueberblick.html.

22) Das jährlich erscheinende „Statistische Jahrbuch“ des Statistischen Bundesamtes bietet einen guten Einstieg in die Datenlage. Im Kapitel 8 „Sozialleistungen“ des Jahrbuchs (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/JahrbuchDownlads.psml>) werden – neben den als Bundesstatistiken durchgeführten Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – auch Statistiken anderer Stellen/Behörden (z. B. Ministerien, Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung) dargestellt.

23) Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) wird als gemeinsame Aufgabe durch das Statistische Bundesamt und das Robert Koch-Institut durchgeführt. Einzelheiten hierzu sowie umfangreiche Daten bietet das Informationssystem der GBE: <http://www.gbe-bund.de>.

Noch Tabelle 4: Übersicht über weitere Sozialleistungen, die jedoch nicht zu den sozialen Mindestsicherungssystemen gezählt werden

Leistung	Gesetzliche Grundlage	Statistik (Datenhalter)
2. Förderungs- und Fürsorgesysteme		
Wohngeld	Wohngeldgesetz (WoGG)	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Ausbildungsförderung	Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Elterngeld	Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)	Statistisches Bundesamt
Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“	Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Statistik der schwerbehinderten Menschen)
Besondere Leistungen der Sozialhilfe nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII (insbesondere Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege)	SGB XII „Sozialhilfe“	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Kinderzuschlag	Bundeskindergeldgesetz (BKGG)	Bundesagentur für Arbeit (Familienkasse)
Kindergeld	Bundeskindergeldgesetz (BKGG)	Bundeszentralamt für Steuern/Bundesagentur für Arbeit (Familienkasse)
Unterhaltsvorschussleistungen	Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe	SGB VIII „Kinder- und Jugendhilfe“	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Mutterschaftsgeld	Mutterschutzgesetz (MuSchG)	Bundesversicherungsamt
Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung	Bundesversorgungsgesetz (BVG) und weitere Einzelgesetze	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)/ Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Lastenausgleich	Lastenausgleichsgesetz (LAG)	Bundesausgleichsamt

Einen kompletten Überblick über das Ausgabevolumen des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland bietet das Sozialbudget der Bundesregierung.²⁴⁾ Hier werden jährlich die verschiedenen Leistungen des sozialen Sicherungssystems zusammengestellt. Außerdem ist die Höhe der jeweiligen Finanzierung durch

Sozialbudget

24) Detaillierte Informationen zum Sozialbudget 2007 finden sich im Internetangebot des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS): (http://www.bmas.de/coremedia/generator/26870/sozialbudget__2007.html)

öffentliche Zuweisungen sowie durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber ablesbar. Die Leistungen des Sozialbudgets insgesamt beliefen sich nach vorläufigen Angaben 2007 für Deutschland auf rund 709 Milliarden Euro. Die Sozialleistungsquote, d. h. das Verhältnis dieser Sozialleistungen im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt, betrug 2007 für Deutschland 29,3 %.

Anhang 2: Überblick zur Sozialberichterstattung in Deutschland

Der im September 2008 erschienene erste Mindestsicherungsbericht enthält einen Abschnitt zur Zielsetzung und Entwicklung der Sozialberichterstattung in Deutschland. Auf diese detaillierten Ausführungen wird hiermit verwiesen. Im Folgenden wird – insbesondere in Form tabellarischer Übersichten – der Sachstand der Sozialberichterstattung auf Ebene der Länder sowie des Bundes dargestellt.

2.1 Landessozialberichte

**Landessozialberichte
sehr unterschiedlich
von Land zu Land**

Ab Mitte der 90er-Jahre begannen die Bundesländer damit, Sozialberichte zu erarbeiten und zu veröffentlichen. Dabei handelte es sich in der Mehrzahl um Armutsberichte oder Berichte zur sozialen Lage der Bevölkerung. Allerdings weisen die Ländersozialberichte erhebliche inhaltliche und methodische Unterschiede auf. So werden zum Teil unterschiedliche Datenquellen und unterschiedliche Indikatoren verwendet. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Auch die Periodizität der Veröffentlichungen unterscheidet sich von Land zu Land sehr deutlich. Sie reicht von einem einmaligen Bericht in Form einer Bestandsaufnahme bis hin zu einer kontinuierlichen Berichterstattung, die jährlich fortgeschrieben wird (siehe Tabelle 5). In der Regel basieren die Sozialberichte der Länder auf Forschungsaufträgen, die von den jeweiligen Landesregierungen an Forschungsinstitute erteilt werden. Zum Teil wird von den Forschungsinstituten der gesamte Bericht erstellt, teilweise werden aber auch Gutachten zu bestimmten Themengebieten in Auftrag gegeben, auf deren Basis der Bericht von dem federführenden Ressort der Landesregierung erstellt wird. Auch die Statistischen Landesämter sind häufig an der Erarbeitung der Sozialberichte beteiligt, da sie für die Bereitstellung der amtlichen Statistiken aus unterschiedlichen Themenbereichen zuständig sind.

Tabelle 5: Auswahl von bisher erschienenen Landesberichten im sozialpolitischen Bereich *)

Bundesland	Titel	Herausgeber	Jahr
Baden-Württemberg	Migration und Migrantenfamilien in Baden-Württemberg. Familienbericht 2004, Teil 2	Sozialministerium Baden-Württemberg	2004
	Familien in Baden-Württemberg, Familienbericht 1998	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg	1998
Bayern	Zweiter Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern	Bayerisches Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen	2009
	Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern 1998	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit	1999
	Material- und Analyseband zur sozialen Lage in Bayern 1998	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit	1999
Berlin	Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, inter-regionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz	2009
	Grundauswertung der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder in Berlin		2008
	Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin		2007
	Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz	2006
	Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, inter-regionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung		2004
	Armut und soziale Ungleichheit in Berlin. Armutsbericht 2002		2002
	Sozialstrukturatlas Berlin 1999. Eine soziale Diagnose für Berlin	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales	1999
	Sozialstrukturatlas Berlin 1997. Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse		1997
	Sozialstrukturatlas Berlin. Fortschreibung 1997		1997
	Bericht zur sozialen Lage in Berlin		1995

*) Fußnote siehe Tabellenende.

Noch Tabelle 5: Auswahl von bisher erschienenen Landesberichten im sozialpolitischen Bereich *)

Bundesland	Titel	Herausgeber	Jahr
Brandenburg	Lebenslagen in Brandenburg. Chancen gegen Armut	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg	2008
	Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg		2007
	Brandenburger Sozialindikatoren 2006. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg	Landesgesundheitsamt im Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg	2007
	Brandenburger Sozialindikatoren 2005. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg		2006
	Brandenburger Sozialindikatoren 2004. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg		2005
	Gesund alt werden - Soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen im Land Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg	2005
	Sozialpolitik im Überblick 2003	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg	2003
	Brandenburger Sozialindikatoren 2002.		2002
	Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001		2001
	Brandenburger Sozialindikatoren 2001.		2001
	Brandenburger Sozialindikatoren 2000.		2000
Bremen	Lebenslagen in Bremen. Armuts- und Reichtumsbericht für das Land Bremen 2009 (Entwurf)	Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen	2009
Hamburg	Lebenslagenberichterstattungen - Empfänger von Leistungen nach SGB II und SGB XII in der Freien und Hansestadt Hamburg	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz	2007
	Armut in Hamburg II. Beiträge zur Sozialberichterstattung. Zweiter Armutsbericht für die Freie und Hansestadt Hamburg	Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales	1997
	Armut in Hamburg. Beiträge zur Sozialberichterstattung		1996
Hessen	Bislang noch kein umfassender Sozialbericht seitens der Landesregierung erschienen, erster Bericht ist derzeit in Planung.		

*) Fußnote siehe Tabellenende.

Noch Tabelle 5: Auswahl von bisher erschienenen Landesberichten im sozialpolitischen Bereich *)

Bundesland	Titel	Herausgeber	Jahr
Mecklenburg-Vorpommern	Sozialberichterstattung für das Land Mecklenburg-Vorpommern - Alleinerziehende und kinderreiche Familien	Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern	1999
	Sozialberichterstattung für das Land Mecklenburg-Vorpommern - Problemgruppen des Arbeitsmarktes -Langzeitarbeitslose und arbeitslose Behinderte		1999
Niedersachsen	Niedersächsischer Armuts- und Reichtumsbericht	Niedersächsisches Landesamt für Statistik	jährlich, zuletzt 2008
	Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum	Niedersächsischer Landtag	1998
Nordrhein-Westfalen	Prekäre Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	2009
	Sozialbericht 2007. Armuts- und Reichtumsbericht		2007
	Sozialbericht 2004. Armuts- und Reichtumsbericht		2004
	Landessozialbericht 2003 - Menschen in NRW in prekären Lebenslagen		2003
	Sozialbericht NRW 1998 für das Land Nordrhein-Westfalen		1999
	Landessozialberichterstattung Nordrhein-Westfalen: In der Reihe Landessozialberichterstattung NRW sind von 1992 bis 1998 8 Einzelbände zur Lebenslage einzelner besonders von Armutsrisiken betroffenen Bevölkerungsgruppen erschienen		1992-1998
Rheinland-Pfalz	Armutsbericht	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz	2004
	Armut in Rheinland-Pfalz. Bericht '98		1998
Saarland	Bislang noch kein umfassender Sozialbericht seitens der Landesregierung erschienen.		

*) Fußnote siehe Tabellenende.

Noch Tabelle 5: Auswahl von bisher erschienenen Landesberichten im sozialpolitischen Bereich *)

Bundesland	Titel	Herausgeber	Jahr
Sachsen	Dritter Sächsischer Kinder- und Jugendbericht. Kinder- und Jugendhilfe als Bildungsakteur – Biografieverläufe und Bildungszugänge junger Menschen in Sachsen	Sächsisches Staatsministerium für Soziales	2009
	Sozialbericht 2006 - Lebenslagen in Sachsen		2006
	Sächsischer Seniorenbericht		2004
	Zweiter sächsischer Kinder- und Jugendbericht		2003
	Zur sozialen Lage im Freistaat Sachsen	Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie	2002
	Sächsischer Familienbericht		1997
Sachsen-Anhalt	2. Armuts- und Reichtumsbericht des Landes Sachsen-Anhalt	Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	2008
	Sozialbericht des Landes Sachsen-Anhalt 2002-2004		2006
	Armut und Reichtum in Sachsen-Anhalt		2003
	Arbeitsmarkt- und Sozialbericht des Landes Sachsen-Anhalt 2000/2001	Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	2002
Schleswig-Holstein	Landesarmutsbericht Schleswig-Holstein	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein	1999
Thüringen	Armut von Kindern und Jugendlichen in Thüringen	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit	2008
			2003

*) Auf der Internetseite „Sozialberichte NRW online“ finden sich ein aktueller Überblick über die Sozialberichte der Länder, Informationen zu den jeweiligen Inhalten und Ansprechpartner sowie Verweise zu den Berichten (http://www.mags.nrw.de/sozber/sozialberichte_anderer_institutionen/national/laender/index.php).

2.2 Armuts- und Sozialberichterstattung auf Bundesebene

Im Jahr 2000 erteilte der Deutsche Bundestag der Bundesregierung den Auftrag, in jeder Legislaturperiode einen Armuts- und Reichtumsbericht vorzulegen. Der erste Bericht wurde 2001 unter dem Titel „Lebenslagen in Deutschland“ veröffentlicht; der zweite Bericht folgte vier Jahre später im März 2005, der dritte Bericht erschien im Juli 2008.²⁵⁾ Mit diesen jeweils mehrere Hundert Seiten umfassenden Berichten wurde erstmals eine detaillierte Analyse der sozialen Lage in ganz Deutschland mit national vergleichbaren Standards vorgelegt. Dabei wurden die Lebenslagen der Menschen in Deutschland im Hinblick auf Einkommen, Vermögen, Erwerbstätigkeit und Bildungsbeteiligung auf Basis objektiver statistischer Daten analysiert. Zielsetzungen einer regelmäßigen Armuts- und Reichtumsberichterstattung sind laut Bundesregierung u. a. die Bestandsaufnahme und Analyse der sozialen Realität auf der Basis von empirisch-statistischem Material und wissenschaftlichen Untersuchungen sowie die Darstellung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung.²⁶⁾ Den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung liegen Statistiken aus unterschiedlichen amtlichen und nicht amtlichen Datenquellen zugrunde. Die Ergebnisse werden in der Regel nicht nach Bundesländern aufgegliedert, sondern stellen die Situation auf Bundesebene im Zeitverlauf dar. Die Anbindung der nationalen Armuts- und Reichtumsberichterstattung an die Sozialschutzaktivitäten auf Ebene der Europäischen Union zeigt sich in der Verwendung der sogenannten „Laeken-Indikatoren“. Es handelt sich dabei um 18 soziale Indikatoren, die vom Europäischen Rat im Jahr 2001 verabschiedet wurden und seitdem eine zentrale Rolle bei der regelmäßigen Sozialberichterstattung auf europäischer Ebene spielen.

Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung

Neben dem Armuts- und Reichtumsbericht existieren auf Bundesebene weitere Standardwerke, die anhand statistischer Daten die soziale Lage unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen darstellen (siehe Tabelle 6). Dabei ist im Wesentlichen zwischen amtlichen und nicht amtlichen Akteuren zu unterscheiden. Zu den amtlichen Akteuren zählen auf Bundesebene hauptsächlich die Ministerien, die im sozialpolitischen Bereich aktiv sind. Bei den nicht amtlichen Akteuren kann zwischen den (Wohlfahrts-)Verbänden und den Sozialforschungsinstituten als Herausgeber der Berichte unterschieden werden. Die Veröffentlichungen der Wohlfahrtsverbände konzentrieren sich auf die Armutsberichterstattung, während die Sozialforschungsinstitute mehrere Themenbereiche der Berichterstattung mit einbeziehen.

Akteure der Sozialberichterstattung

Ein weiteres Standardprodukt zur Sozialberichterstattung ist die Publikation „Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland“. Dieser Bericht wurde gemeinsam von Statistischem Bundesamt, der Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA) und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) erarbeitet und herausgegeben. Der Datenreport, der seit fast 25 Jahren – zumeist im zweijährlichen Rhythmus – erscheint, ist somit ein einzigartiges Gemeinschaftsprojekt der amtlichen Statistik und der wissenschaftlichen Sozialberichterstattung.

Datenreport

25) Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008 (http://www.bmas.de/coremedia/generator/26896/lebenslagen_in_deutschland_der_3_armuts_und_reichtumsbericht_der_bundesregierung.html).

26) Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 4.

Tabelle 6: Akteure der Sozialberichterstattung; Auswahl an bedeutenden Berichten auf Ebene des Bundes

Amtliche Akteure	Titel	Federführung
Bund	Armuts- und Reichtumsbericht	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
	Sozialbericht	
	Sozialbudget	
	Nationaler Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung	
	Alterssicherung in Deutschland	
	Migrationsbericht	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
	Bericht über die Lage von Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland	Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
	Bildungsbericht	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Kultusministerkonferenz der Länder
	Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland	BMBF in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Studentenwerk
	Bericht zur Lage der älteren Generation	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
	Familienbericht	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS)
	Kinder- und Jugendbericht	
	Altenbericht	
	Wohngeld- und Mietenbericht	
	Soziale Mindestsicherung in Deutschland	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
	Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland	Statistisches Bundesamt, Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundeszentrale für politische Bildung
Länder	siehe Tabelle 5	
Kommunen	Es existieren mindestens 342 kommunale Sozialberichte ²⁷⁾	

27) Vgl. Mardorf, Silke: Konzepte und Methoden von Sozialberichterstattung. Eine empirische Analyse kommunaler Armuts- und Sozialberichte. Wiesbaden, 2006, S. 164.

Noch Tabelle 6: Akteure der Sozialberichterstattung; Auswahl an bedeutenden Berichten auf Ebene des Bundes

Nicht amtliche Akteure	Titel	Federführung
Verbände	Unter unseren Verhältnissen. Der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland	Paritätischer Gesamtverband
	Armut und Ungleichheit in Deutschland	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPW), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Hans-Böckler-Stiftung
	Sozialpolitische Bilanzen u. a. zu Armut von Kindern und Jugendlichen/Armut und Gesundheit	Nationale Armutskonferenz
	Arme unter uns	Caritas
	Armes reiches Deutschland	26 kirchliche Herausgeber
	Armut in Deutschland – Bevölkerungsgruppen unterhalb der ALG II-Grenze	Hans-Böckler-Stiftung, J. W. Goethe-Universität Frankfurt a. M.
	Mehrere Berichte zur Armut von Kindern und Jugendlichen	Arbeiterwohlfahrt (AWO)
Sozialforschungsinstitute	Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland	Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Statistisches Bundesamt, Bundeszentrale für politische Bildung
	Sozialreport	Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e. V. (SFZ)
	Zahlreiche Publikationen auf Basis der allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS)	Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen e.V. (GESIS)
	Zahlreiche Publikationen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

Anhang 3: Tabellen/Zeitreihen

Tabelle A1: Empfänger/-innen von Leistungen der sozialen Mindestsicherung am Jahresende 2007 nach Leistungssystemen und Ländern

Land	Leistungen nach dem SGB II			Lfd. HLU a. v. Einr. 2)	Grund- siche- rung 3)	Asyl 4)	KOF 5) (2006)	Insgesamt
	zusam- men	davon						
		ALG II 1)	Sozialgeld					
Baden-Württemberg .	481 734	335 947	145 787	5 543	70 580	12 260	6 384	576 501
Bayern	510 492	360 904	149 588	8 485	86 036	9 458	6 092	620 563
Berlin	604 889	449 188	155 701	9 494	51 416	11 925	3 313	681 037
Brandenburg	328 227	256 180	72 047	2 168	18 805	3 551	989	353 740
Bremen	97 208	69 433	27 775	1 243	10 253	3 791	405	112 900
Hamburg	202 095	145 939	56 156	2 990	25 346	8 110	1 675	240 216
Hessen	446 120	312 183	133 937	9 256	60 452	10 055	6 941	532 824
Mecklenburg- Vorpommern	260 823	202 341	58 482	1 880	15 635	3 001	692	282 031
Niedersachsen	683 306	479 579	203 727	8 865	78 276	21 515	4 859	796 821
Nordrhein-Westfalen .	1 657 710	1 174 113	483 597	21 222	191 858	43 844	16 613	1 931 247
Rheinland-Pfalz	249 911	174 925	74 986	2 981	32 047	5 368	2 824	293 131
Saarland	84 573	61 455	23 118	1 224	10 497	1 871	871	99 036
Sachsen	540 493	418 656	121 837	3 270	23 029	5 719	2 014	574 525
Sachsen-Anhalt	366 515	285 400	81 115	2 935	18 519	5 309	865	394 143
Schleswig-Holstein ..	247 372	174 664	72 708	4 987	27 358	4 195	2 546	286 458
Thüringen	258 879	197 289	61 590	1 916	12 495	3 328	2 766	279 384
Deutschland	7 020 347	5 098 196	1 922 151	88 459	732 602	153 300	59 849	8 054 557

1) Arbeitslosengeld II.

2) Laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII „Sozialhilfe“.

3) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII „Sozialhilfe“.

4) Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

5) Laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge. Seit Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben.

Quellen: Leistungen nach SGB II: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, alle weiteren Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Tabelle A2: Empfänger/-innen von Leistungen der sozialen Mindestsicherung *)
am Jahresende nach Ländern

Land	2007			2006	
	Mindestsicherungs- empfänger/ -innen	Veränderung zum Vorjahr in %	Quote 1)	Mindestsicherungs- empfänger/ -innen	Quote 2)
Baden-Württemberg	576 501	– 5,0	5,4	606 819	5,7
Bayern	620 563	– 5,9	5,0	659 664	5,3
Berlin	681 037	– 0,1	19,9	681 756	20,0
Brandenburg	353 740	– 4,7	14,0	371 170	14,6
Bremen	112 900	– 2,7	17,0	116 003	17,5
Hamburg	240 216	– 0,9	13,6	242 300	13,8
Hessen	532 824	– 2,4	8,8	546 056	9,0
Mecklenburg-Vorpommern	282 031	– 6,3	16,8	300 870	17,8
Niedersachsen	796 821	– 3,0	10,0	821 177	10,3
Nordrhein-Westfalen	1 931 247	– 1,0	10,7	1 951 494	10,8
Rheinland-Pfalz	293 131	– 3,7	7,2	304 471	7,5
Saarland	99 036	– 2,7	9,6	101 759	9,8
Sachsen	574 525	– 4,2	13,6	599 596	14,1
Sachsen-Anhalt	394 143	– 3,4	16,3	407 925	16,7
Schleswig-Holstein	286 458	– 3,1	10,1	295 520	10,4
Thüringen	279 384	– 5,0	12,2	294 133	12,7
Deutschland	8 054 557	– 3,0	9,8	8 300 713	10,1

*) Zu den Leistungen der sozialen Mindestsicherung zählen im Einzelnen folgende Leistungen:

- Leistungen nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld).
- Laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII „Sozialhilfe“.
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII „Sozialhilfe“.
- Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.
- Laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge (seit Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben; daher liegen dieser Tabelle auch für das Jahr 2007 die Daten von 2006 zugrunde).

1) Anteil der Mindestsicherungsempfänger/-innen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung in %; Bevölkerungsstand: Ende des jeweiligen Berichtsjahres.

Tabelle A3: Bruttoausgaben für ausgewählte Leistungen der sozialen Mindestsicherung im Laufe des Jahres 2007 nach Ländern

Land	Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII			Regel- leistungen nach dem Asyl- bewerber- leistungs- gesetz	Leistungen der Kriegsopfer- fürsorge 2006 3)
	zusammen	davon			
		Lfd. HLU a. v. Einr. 1)	Grundsiche- rung 2)		
	in 1 000 EUR				
Baden-Württemberg	397 257,5	37 171,7	360 085,8	48 865,5	51 265,6
Bayern	467 753,7	44 423,6	423 330,1	67 069,1	75 752,9
Berlin	303 103,2	47 738,8	255 364,3	58 204,9	21 637,3
Brandenburg	80 184,6	8 218,5	71 966,1	13 192,9	3 175,7
Bremen	60 872,1	9 423,9	51 448,2	20 677,2	5 112,3
Hamburg	158 286,4	28 270,8	130 015,6	32 023,9	13 341,3
Hessen	373 325,3	68 202,5	305 122,8	59 669,5	56 316,2
Mecklenburg-Vorpommern	70 275,4	9 185,8	61 089,6	13 792,4	1 827,3
Niedersachsen	443 974,5	46 693,3	397 281,2	95 127,5	40 493,4
Nordrhein-Westfalen	1 054 009,5	118 772,5	935 237,0	220 174,7	195 289,4
Rheinland-Pfalz	179 820,2	13 961,3	165 859,0	26 138,2	26 760,2
Saarland	58 396,6	7 307,1	51 089,5	6 079,2	6 269,1
Sachsen	101 710,2	12 092,8	89 617,5	28 595,4	7 633,1
Sachsen-Anhalt	78 706,6	10 318,2	68 388,4	24 417,2	5 380,9
Schleswig-Holstein	171 699,3	26 043,9	145 655,4	22 777,1	14 872,4
Thüringen	53 655,6	6 943,7	46 711,9	16 005,7	5 608,7
Deutschland	4 053 030,8	494 768,4	3 558 262,4	752 810,2	530 735,8

1) Laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII „Sozialhilfe“.

2) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII „Sozialhilfe“.

3) Seit Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben.

Tabelle A4: Empfänger/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt *) außerhalb von Einrichtungen am Jahresende nach Ländern

Jahresende Land	Empfänger/-innen insgesamt				
	Insgesamt	Veränderung gegenüber Vorjahr in %	Empfänger/-innen je 1 000 Einwohner ¹⁾	davon	
				männlich	weiblich
Deutschland					
2005	80 845	X	1,0	39 531	41 314
2006	81 818	+ 1,2	1,0	41 225	40 593
2007	88 459	+ 8,1	1,1	46 015	42 444
2007 nach Ländern					
Baden-Württemberg	5 543	+ 2,5	0,5	2 815	2 728
Bayern	8 485	+ 5,1	0,7	4 394	4 091
Berlin	9 494	+ 31,3	2,8	5 018	4 476
Brandenburg	2 168	+ 20,3	0,9	1 205	963
Bremen	1 243	- 17,5	1,9	608	635
Hamburg	2 990	- 4,5	1,7	1 416	1 574
Hessen	9 256	- 0,3	1,5	4 761	4 495
Mecklenburg-Vorpommern ..	1 880	+ 17,9	1,1	1 130	750
Niedersachsen	8 865	+ 2,2	1,1	4 470	4 395
Nordrhein-Westfalen	21 222	+ 9,5	1,2	10 683	10 539
Rheinland-Pfalz	2 981	+ 3,5	0,7	1 428	1 553
Saarland	1 224	- 11,9	1,2	623	601
Sachsen	3 270	+ 15,1	0,8	1 939	1 331
Sachsen-Anhalt	2 935	+ 18,3	1,2	1 753	1 182
Schleswig-Holstein	4 987	+ 4,6	1,8	2 627	2 360
Thüringen	1 916	+ 40,1	0,8	1 145	771

*) Laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII „Sozialhilfe“.

1) Bevölkerungsstand: Jeweiliges Jahresende.

Tabelle A5: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung *) am Jahresende nach Ländern

Jahresende Land	Empfänger/-innen insgesamt				
	Insgesamt	Veränderung gegenüber Vorjahr	Empfängerquote 1)	davon	
				voll erwerbsgemindert 2)	65 Jahre und älter
Deutschland					
2003	438 831	X	0,65	181 097	257 734
2004	526 034	+ 19,9	0,78	232 897	293 137
2005	630 295	+ 19,8	0,93	287 440	342 855
2006	681 991	+ 8,2	1,00	311 448	370 543
2007	732 602	+ 7,4	1,07	340 234	392 368
2007 nach Ländern					
Baden-Württemberg	70 580	+ 5,0	0,80	32 185	38 395
Bayern	86 036	+ 3,9	0,84	36 641	49 395
Berlin	51 416	– 1,0 ³⁾	1,76	22 868	28 548
Brandenburg	18 805	+ 10,9	0,86	11 701	7 104
Bremen	10 253	+ 5,1	1,83	3 910	6 343
Hamburg	25 346	+ 7,3	1,69	8 919	16 427
Hessen	60 452	+ 5,5	1,21	26 313	34 139
Mecklenburg-Vorpommern ..	15 635	+ 5,2	1,07	9 861	5 774
Niedersachsen	78 276	+ 5,7	1,20	38 233	40 043
Nordrhein-Westfalen	191 858	+ 16,5	1,30	84 311	107 547
Rheinland-Pfalz	32 047	+ 0,7	0,96	14 867	17 180
Saarland	10 497	+ 7,9	1,21	4 318	6 179
Sachsen	23 029	+ 5,7	0,63	13 445	9 584
Sachsen-Anhalt	18 519	+ 6,3	0,88	11 306	7 213
Schleswig-Holstein	27 358	+ 3,2	1,18	13 491	13 867
Thüringen	12 495	+ 8,5	0,63	7 865	4 630

*) Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung war bis Ende 2004 im eigenständigen Grundsicherungsgesetz (GsiG) geregelt; seit 01.01.2005 werden die entsprechenden Leistungen nach dem 4. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII „Sozialhilfe“) gewährt.

1) Anteil der Empfänger/-innen an der Bevölkerung ab 18 Jahren; Bevölkerungsstand: Jeweiliges Jahresende.

2) Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Empfänger/-innen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren.

3) Übererfassung der Empfänger/-innen in Einrichtungen im Jahr 2006.

Tabelle A6: Empfänger/-innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz von 1994 bis 2007 jeweils am Jahresende nach Geschlecht

Jahr	Insgesamt	Männlich	Weiblich
1994 ¹⁾	446 500	264 200	182 300
1995 ²⁾	488 974	288 005	200 969
1996	489 742	287 588	202 154
1997	486 643	287 101	199 542
1998	438 873	263 093	175 780
1999	435 930	255 311	180 619
2000	351 642	204 218	147 424
2001	314 116	186 010	128 106
2002	278 592	166 086	112 506
2003	264 240	157 249	106 991
2004	230 148	135 271	94 877
2005	211 122	122 699	88 423
2006	193 562	111 324	82 238
2007	153 300	89 075	64 225
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			
1995 ²⁾	+ 9,5	+ 9,0	+ 10,2
1996	+ 0,2	– 0,1	+ 0,6
1997	– 0,6	– 0,2	– 1,3
1998	– 9,8	– 8,4	– 11,9
1999	– 0,7	– 3,0	+ 2,8
2000	– 19,3	– 20,0	– 18,4
2001	– 10,7	– 8,9	– 13,1
2002	– 11,3	– 10,7	– 12,2
2003	– 5,2	– 5,3	– 4,9
2004	– 12,9	– 14,0	– 11,3
2005	– 8,3	– 9,3	– 6,8
2006	– 8,3	– 9,3	– 7,0
2007	– 20,8	– 20,0	– 21,9

1) Gerundete Zahlen.

2) Die Angaben für das Berichtsjahr 1995 weisen eine geringfügige Untererfassung auf, da die Daten von Bremerhaven fehlen; dies entspricht einer Größenordnung von ca. 1 400 Regelleistungsempfängern/-innen bzw. 500 Haushalten.

Tabelle A7: Empfänger/-innen laufender Leistungen der Kriegsoferfürsorge und Bruttoausgaben der Kriegsoferfürsorge von 1963 bis 2006 *)

Jahr	Empfänger/-innen laufender Leistun- gen am Jahresende	Bruttoausgaben im Laufe des Jahres in Millionen EUR	
		insgesamt	darunter Hilfe zur Pflege 1)
Früheres Bundesgebiet			
1963	173 000	159	.
1964	160 000	170	.
1965	167 000	194	.
1966	176 000	242	.
1967	173 000	240	.
1968	171 000	232	.
1969	172 000	238	.
1970	178 000	256	.
1971	187 000	305	.
1972	205 000	367	.
1973	212 000	409	.
1974	225 000	458	.
1975	215 000	499	.
1976	208 000	480	.
1977	193 000	470	.
1978	190 000	476	.
1979	187 000	516	.
1980	190 000	572	.
1981	183 000	624	.
1982	172 000	645	.
1983	142 000	627	.
1984	132 000	644	.
1985	132 000	673	400
1986	131 000	720	436
1987	130 000	752	465
1988	131 000	797	504
1989	141 000	832	535
1990	154 000	907	594
Deutschland			
1991	153 000	996	669
1992	159 000	1 099	760
1993	168 000	1 240	883
1994	161 000	1 348	993
1995	149 000	1 354	1 014
1996	133 000	1 195	871
1997	117 000	765	459
1998	107 000	689	400
1999	99 000	649	370
2000 2)	97 000	630	370
2002	85 000	591	342
2004	76 000	588	349
2006	60 000	531	295

*) Zahlen gerundet.

1) Durch Änderungen in der Statistik sind die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege vor 1985 nur eingeschränkt vergleichbar. Aus diesem Grund wird auf die Darstellung der Zahlen verzichtet.

2) Seit Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben.

Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt

Gustav-Stresemann-Ring 11
65189 Wiesbaden
www.destatis.de
Infoservice
Telefon: 0611 75-2405
Telefax: 0611 72-4000
www.destatis.de/kontakt

Statistisches Bundesamt

Zweigstelle Bonn
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Telefon: 0611 75-1
Telefax: 0611 75-8990/-8991
poststelle@destatis.de

Statistisches Bundesamt

i-Punkt Berlin
Friedrichstraße 50
(Checkpoint Charlie)
10117 Berlin
Telefon: 0611 75-9434
Telefax: 0611 75-9430
i-punkt@destatis.de

Statistische Ämter der Länder

Statistisches Landesamt

Baden-Württemberg

Böblinger Straße 68
70199 Stuttgart
Telefon: 0711 641-2866
Telefax: 0711 641-2973
www.statistik-bw.de
vertrieb@stala.bwl.de

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

Neuhauser Straße 8
80331 München
Telefon: 089 2119-205
Telefax: 089 2119-457
www.statistik.bayern.de
vertrieb@statistik.bayern.de

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Hauptsitz Potsdam

Dortustraße 46
14467 Potsdam
Telefon: 0331 39-444
Telefax: 0331 39-418

Standort Berlin

Alt-Friedrichsfelde 60
10315 Berlin
Telefon: 030 9021-3434
Telefax: 030 9021-3655
www.statistik-berlin-brandenburg.de
info@statistik-bbb.de

Statistisches Landesamt Bremen

An der Weide 14 – 16
28195 Bremen
Telefon: 0421 361-6070
Telefax: 0421 361-6168
www.statistik.bremen.de
bibliothek@statistik.bremen.de

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Standort Hamburg

Steckelhörn 12
20457 Hamburg
Telefon: 040 42831-1766
Telefax: 040 42831-1700
www.statistik-nord.de
info-hh@statistik-nord.de

Standort Kiel

Fröbelstraße 15 – 17
24113 Kiel
Telefon: 0431 6895-0
Telefax: 0431 6895-9498
www.statistik-nord.de
info-sh@statistik-nord.de

Hessisches Statistisches Landesamt

Rheinstraße 35/37
65185 Wiesbaden
Telefon: 0611 3802-0
Telefax: 0611 3802-890
www.statistik-hessen.de
info@statistik-hessen.de

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

Lübecker Straße 287
19059 Schwerin
Telefon: 0385 4801-0
Telefax: 0385 4801-4416
www.statistik-mv.de
statistik.auskunft@statistik-mv.de

Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Nieder- sachsen (LSKN)

Göttinger Chaussee 76
30453 Hannover
Telefon: 0511 9898-3166
Telefax: 0511 9898-4132
www.lskn.niedersachsen.de
vertrieb@lskn.niedersachsen.de

Information und Technik Nordrhein-Westfalen

Geschäftsbereich Statistik
Mauerstraße 51
40476 Düsseldorf
Telefon: 0211 9449-2495
Telefax: 0211 9449-2104
www.it.nrw.de
statistik-info@it.nrw.de

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

Mainzer Straße 14 – 16
56130 Bad Ems
Telefon: 02603 71-4444
Telefax: 02603 71-194444
www.statistik.rlp.de
info@statistik.rlp.de

Statistisches Amt Saarland

Virchowstraße 7
66119 Saarbrücken
Telefon: 0681 501-5925
Telefax: 0681 501-5915
www.statistik.saarland.de
presse.statistik@lzd.saarland.de

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Macherstraße 63
01917 Kamenz
Telefon: 03578 33-1423
Telefax: 03578 33-1598
www.statistik.sachsen.de
vertrieb@statistik.sachsen.de

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Merseburger Straße 2
06110 Halle (Saale)
Telefon: 0345 2318-0
Telefax: 0345 2318-913
www.statistik.sachsen-anhalt.de
info@stala.mi.sachsen-anhalt.de

Thüringer Landesamt für Statistik

Europaplatz 3
99091 Erfurt
Telefon: 0361 37-900
Telefax: 0361 37-84699
www.statistik.thueringen.de
auskunft@statistik.thueringen.de

Bundesagentur für Arbeit

Bundesagentur für Arbeit
Statistik
90327 Nürnberg

Dienstgebäude:
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg
<http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/interim/index.shtml>

Kontakt aufnehmen können Sie über:

Telefon: 01801 78722 10 (Hotline) ^{*)}

Telefax: 01801 78722 11 ^{*)}

^{*)} 3,9 Cent je Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom. Bei Anrufen aus Mobilfunknetzen gelten davon abweichende Preise.

E-Mail:

Statistik-datenzentrum@arbeitsagentur.de

[Immobilienmarkt](#) |
 [Motormarkt](#) |
 [Stellenmarkt](#) |
 [Abo & Service](#) |
 [SZ-Shop](#) |
 [E-Paper](#) |
 [SZ Tickets](#) |
 [Anzeigen](#) |
 [Weitere Angebote](#) |
 [Wetter](#) |
 [login](#)

[Politik](#) |
 [Wirtschaft](#) |
 [Geld](#) |
 [Kultur](#) |
 [Sport](#) |
 [Leben](#) |
 [Karriere](#) |
 [München](#) |
 [Bayern](#) |
 [Panorama](#) |
 [Auto](#) |
 [Digital](#) |
 [Wissen](#) |
 [Fitness](#) |
 [Reise](#)

[Home](#)

[Kommentare](#)

[Leben auf Sozialhilfeniveau](#)

Kinderarmut hat sich seit 2004 verdoppelt in Deutschland

27.07.2006, 13:41

Bislang musste der Kinderschutzbund die Zahl der armen Kinder in der BRD immer schätzen und "wurde dafür beschimpft, Horrorzahlen zu verbreiten". Eine erste Überprüfung zeigt: Die Zahl ist noch höher als befürchtet.

ANZEIGE

ANZEIGE



Die Kinderarmut in Deutschland nimmt weiter zu: Verloren hockt ein kleiner Junge zwischen vorbei gehenden Passanten auf dem Alexanderplatz in Berlin. Foto: ddp

Mehr als 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland leben nach Angaben des Kinderschutzbundes auf Sozialhilfeniveau.

„Das ist eine erschreckende Zahl, die weit höher ist, als wir befürchtet haben“, sagte der Präsident der Organisation, Heinz Hilgers, der *Neuen Osnabrücker Zeitung* unter Berufung auf Zahlen der Bundesagentur für Arbeit (BA).

Bisher hatte der Kinderschutzbund die Zahl der Kinder bis 18 Jahre, die in einer Hartz-IV-Bedarfsgemeinschaft von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII oder nach dem

Asylbewerberleistungsgesetz leben, nur auf rund 2,2 Millionen geschätzt.

Kaum Bildungschancen

In der BA-Statistik für Juni 2006 war bei den Familien Langzeitarbeitsloser erstmals auch die Zahl der Kinder zwischen 15 und 18 Jahren aufgeführt, die nun in die Gesamtsumme einfließt.

TOP LISTEN

Versickt

Kommentiert

1. [Erika Steinbach](#)
Die Unversöhnliche
2. [Gutachten für SPD](#)
Sarrazin und der Rassismus
3. [FDP](#)
Westerwelles heile Welt

SZ unverbindlich testen - [hier kostenlose Leseprobe](#)

Schlagzeilen per E-Mail - [kostenlos abonnieren](#)

NEWTICKER POLITIK

- 16:09 [Wenig Interessen an Präsidentenwahl in Kroatien](#)
- 15:52 [Josipovic Favorit bei Präsidentenwahl in Kroatien](#)
- 15:25 [Westerwelle sorgt sich um Jemen](#)
- 15:22 [Auslöser von Newark-Chaos drohen 500 Dollar Strafe](#)
- 15:12 [Britischer Journalist in Afghanistan getötet](#)

[alle News...](#)

„Wir mussten vorher immer schätzen und wurden beschimpft, Horrorzahlen zu verbreiten“, sagte Hilgers der Zeitung. „Aber die Wahrheit ist viel schlimmer.“ Die Zahl der armen Kinder habe sich seit 2004 mehr als verdoppelt.

Von 15 Millionen Kindern hätten 2,5 Millionen kaum Bildungschancen und lebten mit einem hohen Gesundheitsrisiko. Kindern müsse jedoch unabhängig vom Einkommen der Eltern ein Weg in die Zukunft geebnet werden.

(dpa)

Drucken | Versenden | Newsletter |     weitere...

ANZEIGE



Günstiger geht's nicht.

100% Kundenservice, Null bezahlen? Giro4Free: das kostenlose Konto der SEB Bank.



PKV: Patient 1. Klasse

Private Kranken-Versicherung für Freiberufler & Selbständige bis 55 J. Preis/Leistung: GUT

Weitere Artikel in Deutschland

ANZEIGE

Weitere Artikel

Teenager-Schwangerschaft – "Ich war Mutter mit 13, aber glücklich"
Kinderschützer – Jugendämter reagieren zu schnell
Seit 1949 im Dienst der Nächstenliebe – Der Traum von der eigenen Wohnung
SZ-Magazin Nr. 18 – Das aktuelle SZ-Magazin im Überblick
Streit um Kürzungen bei Vollnarkosen – "Katastrophale Folgen für Kinderzahnheilkunde"
Mütter, die Babys töten – Verheimlicht, verdrängt, verleugnet
Interview mit Verkehrspsychologen – Was der Abschied bedeutet
Vermögen – Jeder zweite Deutsche hat keine Ersparnisse

Themen

BRD Bundesagentur Für Arbeit Einkommen Familie Heinz Hilgers Kinder Leben Zeitung

Leserkommentare (0)

Wir wollen die Qualität der Nutzerdiskussionen stärker moderieren. Bitte haben Sie deshalb Verständnis, dass wir die Kommentare ab 19 Uhr bis 8 Uhr des Folgetages einfrieren. In dieser Zeit können keine Kommentare geschrieben werden. Dieser "Freeze" gilt auch für Wochenenden (Freitag 19 Uhr bis Montag 8 Uhr) und für Feiertage.

DIE BELIEBTESTEN BILDERGALERIEN



Schmerzhafter Volltreffer

Berlusconi bekam einen Dom ins Gesicht, Helmut Kohl Eier ans Revers und Joschka Fischer Farbe aufs Ohr. Fiese Attacken auf Politiker.



Merkel und der Drogenboss

Das Magazin "Forbes" hat die mächtigsten Personen der Welt aufgelistet. Gut platziert: Ein Drogenboss und ein Terrorist.



Ein Mann entgleist

Was der Präsident sagt, ist mir egal - in



Silvio Berlusconi's Vita mangelt es nicht an Entgleisungen wie dieser. Ein Worst-of in Bildern.



Wie peinlich ist das denn?

George W. Bush massiert Angela Merkel, Paul Wolfowitz trägt löchrige Socken und Sarah Palin weiß wenig von der Welt: Ein Vote in Bildern.

SPIELE-BOX

1 2 3 4 5



Kennen Sie den Cavaliere?

Er ist italienischer Ministerpräsident, macht aber auch mit Fettnäpfchen von sich reden. Kennen Sie Silvio Berlusconi?

BILDER AUS DER POLITIK



Sprengstoff an den Beinen

Vereiteltes Attentat in Detroit: Weil die Bombe des Attentäters nicht richtig zündete, sind 289 Passagiere mit dem Schrecken davongekommen.



Blutiger Protest

Zum schiitischen Aschura-Fest mobilisierte die Opposition Tausende Iraner. Doch die Sicherheitskräfte schlagen mit aller Brutalität zu.



Voll auf die Nase

Nach einer Rede in Mailand schrieb Berlusconi Autogramme und plauderte mit Zuhörern. Plötzlich warf ihm ein Mann einen Mini-Dom ins Gesicht.



Die Kundus-Affäre

Mit diesem Luftschlag in Afghanistan schlug auch eine Bombe ins politische Berlin ein. Eine Chronologie der Ereignisse.

GOOGLE-ANZEIGEN »

Das brandneue BlackBerry®
Elegant und tragbar mit Bluetooth® Fähigkeit - Das BlackBerry® Pearl™
www.BlackBerry.com/DE

Haben Sie Herzprobleme?
Warten Sie nicht bis zum Notfall. Nutzen Sie ein eigenes EKG.
www.shl-telemedicine.de

SUCHE

Finden

Seitenanfang

Nachrichten Politik Wirtschaft Geld Sport Kultur Leben Panorama München Bayern Job Immobilienmarkt Auto
Reise Digital Fitness Wissen Wetter Stellenangebote Immobilien Automarkt Kino SZ-Shop Konzertkarten

[Reise](#) [Digital](#) [Fitness](#) [Wissen](#) [Wetter](#) [Stellenangebote](#) [Immobilien](#) [Automarkt](#) [Kino](#) [SZ-Shop](#) [Konzertkarten](#)
[Mediadaten](#) [Newsletter](#) [Datenschutz](#) [AGB](#) [Impressum](#) [Kontakt](#) [Jobs](#) [Praktika](#)

Copyright © sueddeutsche.de GmbH / Süddeutsche Zeitung GmbH

Artikel der Süddeutschen Zeitung lizenziert durch DIZ München GmbH. Weitere Lizenzierungen exklusiv über www.diz-muenchen.de

Sonntag, 10. Januar 2010

Schlagzeilen Hilfe RSS Newsletter Mobil Wetter TV-Programm

SPIEGEL ONLINE POLITIK

NACHRICHTEN VIDEO THEMEN FORUM EINESTAGES ENGLISH DER SPIEGEL ABO SHOP

Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft UniSPIEGEL SchulSPIEGEL Reise Auto

Nachrichten > Politik > Deutschland

Login | Registrierung

16.02.2009

Drucken | Senden | Feedback

ANZEIGE

SPARTIPP STROMWECHSEL

Sparen Sie bei Ihrer Stromrechnung
Kostenlos Strombieter vergleichen & bis zu 400 € p.a. sparen – bei voller Versorgungssicherheit.

Postleitzahl

kWh/Jahr
3500 kWh Jahresver

[zum Vergleich >>](#)

Ein Service von CHECK24

ANZEIGE

Familienreport

660.000 Alleinerziehende leben von Hartz IV

Bei alleinerziehenden Müttern und Vätern reicht das eigene Geld oft nicht zum Leben aus: Rund 40 Prozent von ihnen beziehen Hartz IV. Familienministerin von der Leyen warnte davor, in der Wirtschaftskrise die Familienpolitik zu vernachlässigen.

ANZEIGE

Berlin - Die Zahl der Geburten steigt, aber für zu großen Optimismus besteht deshalb nach Auffassung von Familienministerin Ursula von der Leyen kein Anlass. Die Ergebnisse seien "kein Grund zur Euphorie", jedoch "ein Grund zur Zuversicht", sagte die CDU-Politikerin am Montag bei der Vorstellung des Familienreports. Die Annahme, Familienpolitik sei in konjunkturell rauen Zeiten nachrangig, sei falsch, vielmehr sei sie die "Voraussetzung für Wachstum und Wohlstand".



Familienministerin von der Leyen:
"Ein Grund zur Zuversicht"

Wie Deutschland aus der aktuellen Wirtschaftskrise herausgehe, werde von der Familienpolitik abhängen, sagte von der Leyen mit Blick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Frauen.

Dem Familienbericht zufolge leben rund 40 Prozent der alleinerziehenden Eltern in Deutschland von Hartz IV. Dies seien etwa 660.000 Mütter oder Väter mit rund einer Million Kindern, sagte von der Leyen. Bei ihnen gebe es bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch erheblichen Handlungsbedarf. Von der Leyen verwies dabei auf eine Befragung von Alleinerziehenden, die auf der Suche nach einem Arbeitsplatz sind. Dabei gaben 43 Prozent an, dass sie Kinderbetreuung benötigen, aber nur drei Prozent hätten bei der Jobsuche entsprechende Betreuungsangebote erhalten.

Die Geburtenrate pro Frau hat sich von der Leyen zufolge von 1,33 Kinder im Jahr 2004 bis 2007 auf 1,37 Kinder erhöht. Bevölkerungswissenschaftler halten allerdings eine Quote von mindestens 1,6 für nötig, um den Bevölkerungsschwund durch Sterbefälle auszugleichen. Frankreich zum Beispiel hat eine Quote von 1,9. Das Statistische Bundesamt schätzt die Gesamtzahl der Geburten 2008 auf bis zu 690.000. Im Jahr 2007 waren es 684.862 Geburten.

Umfragen im Familienreport zufolge wächst der Wert der Familie. 90 Prozent der Deutschen halten sie für wichtig. "Wenn die Zeiten rauer werden, sagen rund Dreiviertel der Menschen: Mein wichtigster Halt ist die Familie", sagte von der Leyen. 50 Prozent der Befragten sind der Meinung, die Familienpolitik der Bundesregierung habe die Situation der Familien verbessert. Fünf Prozent sehen eine Verschlechterung. Ein Drittel (34 Prozent) hält die Situation für unverändert.

Die Anzahl der Scheidungen ist seit 2005 gesunken, die Zahl der Single-Haushalte mit sieben Prozent relativ konstant geblieben. Die Zahl der Eheschließungen sinkt aber auch seit 2004 kontinuierlich, allerdings war der Rückgang in den vergangenen zwei Jahren vergleichsweise gering.

Der Familienforscher Hans Bertram von der Berliner Humboldt-Universität sieht die Eltern unter anderem durch das seit 2007 eingeführte Elterngeld in der "Rushhour" des Lebens entlastet. Diese könne ein Grund dafür sein, dass jetzt mehr Frauen zwischen 30 und 40 sich entschließen, ein Kind zu bekommen, unterstrich er.

Von der Leyen will sich bei ihren Ministerkollegen dafür einsetzen, dass die Leistungen für die Familien in der Krise nicht zu kurz kommen. Eine solide Familienpolitik sei "Voraussetzung für Wachstum und Wohlstand und für die Frage, wie wir aus der Krise herauskommen", sagte sie und zitierte ein Kölner Wirtschaftsinstitut, wonach solide Familienpolitik das Wachstum um 0,5 Prozentpunkte pro Jahr anheben könne. Allein durch eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie könnten jährlich fiskalische Effekte von bis zu 70 Milliarden Euro realisiert werden, sagte die Ministerin.

Von der Leyen sprach sich außerdem für eine stärkere Hilfe für Eltern mit einem unerfüllten Kinderwunsch aus. Es müsse diskutiert werden, ob das sächsische Modell,

unerfüllten Kinderwunsch aus. Es müsse diskutiert werden, ob das sächsische Modell, nach dem der Staat Eltern bei der künstlichen Befruchtung unterstützt, ein guter Weg sei. Sie wandte sich dagegen, die Diskussion um die künstliche Befruchtung zum Gegenstand politischer Zuständigkeitsstreits werden zu lassen.

hen/dpa/ddp

SOCIAL NETWORKS



ANZEIGE



Strom aus Windenergie

Beteiligung bereits ab 2.500 EUR + Bis zu 10% p.a. Zinsen + Kurze Laufzeit von nur 3 Jahren

[Mehr Informationen »](#)



Selbständig & unter 55?

Private Krankenkasse ab nur 59,- € für Selbständige & Freiberufler! Testsieger Vergleich

[Mehr Informationen »](#)



Krisensichere Geldanlage

Jetzt börsenunabhängig in Tropenholz Plantagen investieren: 12% p.a. – bereits ab 3.500 €

[Mehr Informationen »](#)

Jetzt testen



4 Wochen FAZ testen + Nur 21,50€ + iPod Docking Station + Kein Risiko + Test endet automatisch!

[Mehr Informationen »](#)

Ligatus

© SPIEGEL ONLINE 2009

Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der SPIEGELnet GmbH

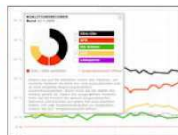
MEHR AUS DEM RESSORT POLITIK

NEUE REGIERUNG



Die neue Regierung:
Interaktive Biografien in Bildern

UMFRAGEN



"Sonntagsfrage": Der aktuelle Trend anhand von Umfragen

AL-QAIDA



Netzwerk des Terrors:
Yassin Musharbachs Notizen zum militanten Dschihad

RUNDGANG



Kanzleramt, Bundestag, Ministerien: Das ist das politische Berlin

NACHGEFRAGT



Abgeordnetenwatch auf SPIEGEL ONLINE: Ihr direkter Draht in die Politik

ÜBERSICHT POLITIK

TOP

DER SPIEGEL



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

Dein SPIEGEL



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL GESCHICHTE



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL WISSEN



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

KulturSPIEGEL



Inhalt

Service von SPIEGEL-ONLINE-Partnern

AUTO UND FREIZEIT



AUTO UND FREIZEIT



ENERGIE



JOB



FINANZEN



FINANZEN



Benzinpreisvergleich	Arztsuche	Stromanbieter-Vergleich	Brutto-Netto-Rechner	Kredite vergleichen	Kostenloses Girokonto
Kfz-Versicherung	buch aktuell	Energiespar-Ratgeber	Uni-Tools	Krankenversicherung	Handytarife
Bügeldrechner	Partnersuche	Energievergleiche	Stellenangebote	Währungsrechner	Immobilien-Börse
Ferientermine	Das Telefonbuch		2650 Headhunter	Versicherungsvergleiche	
Bücher bestellen					

Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft UniSPIEGEL SchulSPIEGEL Reise Auto Wetter

DIENTE

Schlagzeilen
RSS
Newsletter
Mobil

VIDEO

Nachrichten Videos
SPIEGEL TV Magazin
SPIEGEL TV Reporter

MEDIA

MediaSPIEGEL
Mediadaten
Quality Channel
buchreport
weitere Zeitschriften

MAGAZINE

DER SPIEGEL
KulturSPIEGEL
DEIN SPIEGEL
SPIEGEL Wissen
SPIEGEL Geschichte
Harvard Business Man.

SPIEGEL GRUPPE

Abo
Shop
SPIEGEL TV
manager magazin
SPIEGEL-Gruppe

WEITERE

Hilfe
Kontakt
Nachdrucke
Impressum

TOP

Interview

Interview mit Kinderschutzbund-Präsident Hilgers

Mehr Geld allein reicht nicht!



Kinderschutzbund-Präsident Hilgers

Rund 2,6 Millionen Kinder in Deutschland sind laut Kinderschutzbund von Armut bedroht. Viele können deshalb nicht zur Klassenfahrt, anderen fehlt das Pausenbrot, und manche müssen auch im Winter Sandalen tragen. Für alle gilt: Im Bildungsprozess haben sie kaum Chancen. Tagesschau.de fragte den Präsidenten des Deutschen Kinderschutzbundes, Heinz Hilgers, wie Maßnahmen gegen Kinderarmut in Deutschland aussehen könnten.

tagesschau.de: Herr Hilgers, nach Ihren Angaben leben rund 700.000 Kinder in Familien, deren Eltern trotz Arbeit auf ALG II als ergänzende Hilfe angewiesen sind, und weitere 1,9 Millionen Kinder, die von 208 Euro, also dem Kinderanteil bei den Hartz-IV-Berechnungen, leben müssen. Wie können denn "konkrete Hilfen", von denen Arbeits- und Sozialminister Franz Müntefering spricht, für diese Kinder aussehen?

Heinz Hilgers: Was Herr Müntefering genau meint, weiß ich nicht. Aber die Bundesregierung hat 2005 die einmaligen Beihilfen für Kinderbekleidung und Schuhbedarf abgeschafft. Nach dem Motto: Jetzt geben wir den Eltern das Geld direkt, geben ihnen ein paar Euro mehr, und dann machen die das schon alles selbst. Das aber ist falsch. Die einmaligen Beihilfen müssen wieder eingeführt werden.

tagesschau.de: Warum sind denn konkrete Hilfen besser?



Ein Junge in einer Kölner Hochhausssiedlung

Hilgers: Ganz einfach: Ich kann mit meinem Wintermantel fünf Jahre gehen. Ein Kind aber braucht jedes Jahr einen neuen Winteranorak. Es braucht auch zwei oder drei Mal im Jahr neue Schuhe, weil die Füße gewachsen sind. Kinder haben nun einmal diese "Angewohnheit" zu wachsen! Zudem haben sie, da sie ja zur Schule gehen, auch mehr Schreibbedarf als Erwachsene. Eine Einschulung kostet heutzutage 150 Euro. Wie soll man die denn von 208 Euro ansparen? Ein weiterer Punkt ist das Mittagessen. In dem Regelsatz sind 2,57 Euro für Essen und Trinken am Tag eingerechnet. Wenn ein Kind in eine Ganztagschule geht, kostet ja schon das Mittagessen 2,50 Euro. Und vom Frühstück haben wir dabei noch gar nicht gesprochen!

tagesschau.de: Könnte man da nicht einfach den Kinderzuschlag erhöhen?

Hilgers: Bei Familien mit geringem Einkommen ist in der Tat zusätzlich zum Kindergeld ein Kinderzuschlag notwendig. 225 Euro pro Kind wäre unseren Berechnungen nach angemessen. Das würde rund 700.000 Kinder in Deutschland betreffen, deren Eltern zwar Arbeit haben, aber so gering verdienen, dass sie ALG II als ergänzende Hilfe beantragen müssen. Aber bei den 1,9 Millionen Kindern, die von 208 Euro Hartz-IV-Anteil leben sollen, reicht es eben nicht, den Eltern einfach ein paar Euro mehr zu geben. Ganz abgesehen davon, dass es auch viele Problem- und Krisenfamilien gibt. Deshalb haben wir doch heutzutage wieder Kinder, die im Winter mit Sandalen in die Schule kommen, weil sie kein anderes Schuhwerk haben. Die einmaligen Beihilfen für Kleidung und Schulbedarf müssen gezielt übernommen werden.

tagesschau.de: Wie sollte das Ihrer Ansicht nach aussehen?

Hilgers: Die entstehenden Kosten müssten direkt aus dem Hartz IV-Topf an die Kindertagesstätten und Schulen überwiesen werden. Denn es gibt ja noch weitere Punkte. Zum Beispiel Klassenfahrten. Selbst wenn es einen Förderverein an der Schule gibt, der für die armen Kinder die Kosten übernimmt, dann wird das Kind wahrscheinlich trotzdem vor der Klassenfahrt krank. Es weiß nämlich genau: "Ich werde im Gegensatz zu den anderen kein Taschengeld dabei haben."

Arme Kinder haben im Bildungsprozess keine Chance

Außerdem brauchen wir mehr Ganztagskindergartenplätze, mehr Plätze für unter Dreijährige und mehr Ganztagschulen - aber nicht nur aus Gründen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Gerade das Kind, das bei zwei arbeitslosen Eltern lebt, die dadurch antriebslos geworden und nicht mehr in der Lage sind, das Kind richtig zu fördern, braucht einen Platz in der Ganztagskrippe oder Ganztageschule. Das ist notwendig, damit es am Nachmittag auch in einem anregungsreichen Umfeld weiterkommt und sich entwickeln kann. Dazu gehört auch, dass die Sportvereine und Musikschulen in diese Ganztagsbetreuung hineingehen. Denn das sind die Dinge, von denen arme Kinder ausgeschlossen sind. Ihre Eltern können sich das nicht leisten. Genau deshalb haben arme Kinder in dem ganzen Bildungsprozess keine Chance. Sie haben keine gleichberechtigte Teilnahme am sportlichen und kulturellen Leben und es wird in den Schulen benachteiligt, weil sie manchmal sogar ohne Frühstück zum Unterricht kommen.

tagesschau.de: Was also erwarten Sie, wenn Franz Müntefering von "konkreten Hilfen" spricht?

Hilgers: Ich hoffe, es ist so gemeint, dass die Bundesregierung wieder die einmaligen Beihilfen für Kleidung und Schulbedarf einführen will. Ich hoffe, es ist so gemeint, dass die Bundesregierung außerdem bereit ist, die Kosten für das Mittagessen in Ganztagschulen und Ganztagskindergärten zu übernehmen. Und ich hoffe, es tritt zum 1.1.2008 in Kraft. Wissen Sie, der Kinderzuschlag wurde ursprünglich für den 1.1.2006 versprochen. Das ist das Schlimmste, was man machen kann: Wenn man armen Kindern etwas verspricht, und es dann nicht hält.

Das Gespräch führte Britta Scholtys, tagesschau.de

- [Müntefering will Kinderarmut mit Sachleistungen bekämpfen \(/inland/kinderarmut2.html\)](/inland/kinderarmut2.html)
- [Kinderarmut in Deutschland \(/multimedia/sendung/meldungen/meldung492834.html\)](/multimedia/sendung/meldungen/meldung492834.html)
- [Viele Kinder in Südamerika sind nicht registriert \(/ausland/kinderarmut6.html\)](/ausland/kinderarmut6.html)
- [Forum: Kinderarmut in Deutschland \(http://forum.tagesschau.de/forumdisplay.php?f=410\)](http://forum.tagesschau.de/forumdisplay.php?f=410)
- [Mehr als zweieinhalb Millionen Kinder in Armut \(/multimedia/video/video209406.html\)](/multimedia/video/video209406.html)
- [Weltatlas: Deutschland \(http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland\)](http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland) [Flash (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>) | HTML (http://atlas.tagesschau.de/html/index.php?display_id=507000)]

Stand: 21.09.2007 18:38 Uhr

Nachrichten-Weltatlas



[Deutschland \(http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland\)](http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland)

Landkarte, weitere Nachrichten aus der Region und viele Hintergrundinformationen.

[Flash (<http://atlas.tagesschau.de/index.php?mode=news&country=deutschland>) | HTML (http://atlas.tagesschau.de/html/index.php?display_id=507000)]

Mehr zum Thema

- [Müntefering will Kinderarmut mit Sachleistungen bekämpfen \(/inland/kinderarmut2.html\)](/inland/kinderarmut2.html)
- [Viele Kinder in Südamerika sind nicht registriert \(/ausland/kinderarmut6.html\)](/ausland/kinderarmut6.html)
- [Kinderarmut in Deutschland \(/multimedia/sendung/meldungen/meldung492834.html\)](/multimedia/sendung/meldungen/meldung492834.html)

Audio

- [Müntefering fordert konkrete Hilfe \[\(SWR\), ARD Berlin\] 20.09.2007 10:00 | 1'02 \(/multimedia/audio/audio6312.html\)](/multimedia/audio/audio6312.html)

© tagesschau.de

tagesschau.de ist für den Inhalt externer Links nicht verantwortlich.

[Startseite](#)

UNICEF Deutschland

[Navigation überspringen](#)

Der UNICEF-Bericht zur Lage von Kindern in Deutschland

Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse

Führende deutsche Kindheitsforscher haben in Zusammenarbeit mit UNICEF geprüft, ob der in Politik und Gesellschaft formulierte Anspruch, allen Kindern in Deutschland ein verlässliches und förderndes Lebensumfeld zu schaffen, eingelöst wird. Sie vertieften damit die Ergebnisse der internationalen UNICEF-Vergleichsstudie zum Wohlbefinden von Kindern in den OECD-Ländern von 2007. Diese hatte auf der Basis der UN-Konvention über die Rechte des Kindes erstmals umfassend die Situation von Kindern in reichen Ländern verglichen: die materielle Situation, Bildung, Gesundheit, persönliche Sicherheit, Beziehungen zu den Eltern und Freunden und das persönliche Wohlbefinden.

Das ernüchternde Ergebnis: Deutschland mag zwar eine der wichtigsten Exportnationen dieser Erde sein, in Bezug auf das Wohlbefinden der hier lebenden Kinder kann es jedoch in allen untersuchten Dimensionen allenfalls als Mittelmaß gelten – und dies, obwohl Deutschland erhebliche Mittel für die Förderung von Kindern und Familien aufbringt.

Der neue UNICEF-Bericht „Zur Lage von Kindern in Deutschland“ kommt zu dem Ergebnis, dass sich das Wohlbefinden von Kindern durch Einzelmaßnahmen nicht nachhaltig verbessern lässt. Vielmehr müssen Bund, Länder und Gemeinden ihren zersplitterten, an einzelnen Ressorts orientierten Ansatz aufgeben und das Wohlergehen von Kindern in den Mittelpunkt ihrer Politik stellen.

Für die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft ist nach Einschätzung von UNICEF von entscheidender Bedeutung, dass die Lern- und Entwicklungschancen von benachteiligten Kindern verbessert und der Ausschluss von immer mehr Kindern verhindert wird. Politik für Kinder ist damit mehr als Familien- oder Bildungspolitik. Sie muss das Lebensumfeld der Kinder umfassend fördern und schützen. Kinder müssen von früh auf lernen, sich gegenseitig Vertrauen entgegen zu bringen und sich für andere einzusetzen.

Einige Schlaglichter verdeutlichen die besonderen Probleme von Kindern in Deutschland:

- Kinder sind in Deutschland häufiger arm als Erwachsene. 35 bis 40 Prozent der Kinder in Ein-Eltern-Familien wachsen in relativer Armut auf. Sie bleiben auch länger in Armut als andere Kinder, die in diese Situation geraten.
- Kinder aus benachteiligten Familien profitieren besonders davon, wenn die Beschäftigungschancen ihrer Eltern verbessert und gleichzeitig Betreuungsmöglichkeiten angeboten werden. Gleichwohl ist Deutschland von dem Ziel, bis zum Jahr 2013 flächendeckend für mindestens ein Drittel aller Kinder unter drei Jahren Betreuungsplätze anzubieten, noch weit entfernt. Die Besuchsquote lag 2005 in Westdeutschland bei 6,2 Prozent und in Ostdeutschland bei 36,6 Prozent.
- Die Bildungschancen eines Kindes hängen in Deutschland viel stärker als in anderen Ländern davon ab, wo es lebt und wo es herkommt. Der Schulabschluss der Eltern, Arbeitslosigkeit im Wohnumfeld, die durchschnittliche Zahl der Bücher im Haushalt sowie der Migrantenanteil sind entscheidende Indikatoren für den Schulerfolg.
- Kinder aus ausländischen Familien besuchen in den ersten Lebensjahren seltener einen Kindergarten und sind in Sonder- und Hauptschulen stark überrepräsentiert. Etwa 17 Prozent der Jugendlichen mit Migrationshintergrund verlassen die Schule ohne einen

Prozent der Jugendlichen mit Migrationshintergrund verlassen die Schule ohne einen Abschluss. In Baden-Württemberg sind es sogar 30 Prozent, in Hamburg und Berlin 25 Prozent.

- Chronische Krankheiten, Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern haben in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Rund 13 Prozent der Kinder leiden an Bronchitis oder Neurodermitis; jeweils 15 Prozent sind übergewichtig oder haben Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme.

Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland.
Herausgegeben von Prof. Dr. Hans Bertram. Verlag C.H. Beck, München 2008.
ISBN: 978 3 406 548 280

Einleitung: Was wir von Oliver Twist lernen können

(Hans Bertram)

Die Zukunft der Kinder als Zukunft der Gesellschaft

(Hans Bertram)

Deutsches Mittelmaß: Der schwierige Weg in die Moderne

(Hans Bertram)

Bildung und Bildungschancen: Wo bleibt die Zukunft unserer Kinder?

(Rainer Lehmann)

Wie geht es unseren Kindern? Ergebnisse aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS)

(Bärbel-Maria Kurth, Heike Hölling und Robert Schlack)

Zur Lebenssituation von Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland

(Bernhard Nauck, Susanne Clauß und Elisabeth Richter)

Die Verweildauer von Kindern in prekären Lebenslagen

(Michael Fertig und Marcus Tamm)

Kinder, ihre Freunde, ihre Väter: Beziehungen zu anderen als Aspekt kindlichen Wohlbefindens

(Christian Alt, Andreas Lange und Johannes Huber)

Öffentlich finanzierte Betreuungs- und Bildungsinfrastruktur für Kinder

(C. Katharina Spieß)

Kinder als Zukunft: Warum die Lebenssituation von Kindern durch internationale Vergleiche verbessert werden kann

(Marta Santos Pais)

Daten und Indikatoren zur Lebenssituation von Kindern. Ergebnisse des internationalen Vergleichs

(Zusammengestellt von Steffen Kohl)

Schule: Die Bildungschancen eines Kindes hängen stark davon ab, wo es lebt

Die PISA-Studien haben gezeigt, dass deutsche Schüler im Alter von 15 Jahren bei den Schulleistungen in Lesen, Mathematik und Naturwissenschaften nur auf einem mittleren Platz im Vergleich zu den anderen OECD-Staaten liegen.

Vertiefende Untersuchungen zeigen allerdings, dass sich die deutschen Kinder im Alter von 10 Jahren bei den Schulleistungen noch auf einem guten europäischen Niveau bewegen. Dies bedeutet, dass die weiterführenden Schulen offensichtlich die guten Potenziale der Grundschüler nicht so nutzen, dass die Kinder mit ihren Altersgenossen in anderen Industrieländern mithalten.

Offensichtlich werden im hoch selektiven deutschen Schulsystem nicht nur die schwächeren Schüler ausgegrenzt. Gleichzeitig scheint es so, dass auch die Besseren nicht so gefördert werden, dass sie im internationalen Bereich mithalten können.

Die unbefriedigenden Ergebnisse deutscher Schülerinnen und Schüler können jedoch nicht ausschließlich auf die Qualität des Schulsystems zurückgeführt werden. Neuere Untersuchungen unterstreichen die große Bedeutung außerschulischer Faktoren.

- *Migrationshintergrund:* Der Bildungsforscher Rainer Lehmann weist darauf hin, dass in zwölf Prozent der Schulen in Deutschland mehr als die Hälfte der Schülerschaft aus Familien mit Migrationshintergrund stammen. Der Konzentration von schwächeren Schülern an bestimmten Schulen entspricht häufig die gleichzeitige Abwanderung bildungsbewusster Familien.

Besorgnis erregend ist auch die Tatsache, dass etwa 17 Prozent der Jugendlichen mit

Besorgnis erregend ist auch die Tatsache, dass etwa 17 Prozent der Jugendlichen mit Migrationshintergrund die Schule ohne einen Abschluss verlassen. In Baden-Württemberg sind es sogar 30 Prozent, in Hamburg und Berlin 25 Prozent.

Aber auch wenn Jugendliche aus Zuwandererfamilien in der Schule erfolgreich sind, haben sie nach ihrem Abschluss mit Vorbehalten zu kämpfen. Bei gleichen Fachleistungen ist ihre Chance, einen Ausbildungsplatz zu bekommen, vor allem bei den niedrigeren Schulabschlüssen um ein Mehrfaches geringer als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

- **Geschlecht:** Mädchen und junge Frauen haben heute ihre männlichen Altersgenossen im Bildungsbereich überholt. So machten 2004/2005 32,2 der jungen Frauen das Abitur – gegenüber 24,4 Prozent der jungen Männer. Umgekehrt kamen unter den Schulabgängern 32,2 Prozent der männlichen Kohorte aus Hauptschulen – gegenüber 23,8 Prozent der Mädchen. Studien zeigen auch, dass Jungen in einigen Bundesländern bei gleichen Leistungen schlechtere Zensuren erhalten.
- **Bildungsfere Haushalte:** Die Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen Schullaufbahn ist besonders für Kinder aus bildungsfernen Haushalten mit oftmals niedrigem Einkommen sowie aus Zuwandererfamilien hoch.

Diese Probleme lassen sich nach Ansicht des Bildungsforschers Rainer Lehmann nicht ohne weiteres durch Veränderungen der Schulstruktur überwinden. Wichtig sind vor allem Verbesserungen bei der Qualität der Förderung, bei Klassengrößen und deren Zusammensetzung sowie bei der Zusammenarbeit von Kindergärten und Schulen mit den Elternhäusern.

Grundsätzlich besteht ein breiter Konsens darüber, dass eine frühzeitige, qualitativ gute Sprachförderung vor allem für Kinder aus anderen Kulturkreisen ihre Lebenschancen nachhaltig verbessert. Trotzdem lässt sich kaum feststellen, dass die Bundesländer und die Kommunen entsprechend investieren und Angebote schaffen.

Vorschulische Bildung: Angebot ausbauen – Qualität verbessern

Im Jahr 2005 gab der Bund insgesamt 184 Milliarden Euro für familien- und ehebezogene Maßnahmen aus. Davon entfielen lediglich sechs Prozent auf den Bereich der Förderung von Kindertageseinrichtungen. Seither zeichnet sich allerdings ein Paradigmenwechsel ab: So ist es ausdrücklicher Wille der Politik, künftig mehr in die Betreuungs- und Bildungsinfrastruktur von Kindern zu investieren. Gleichwohl ist man von dem Ziel, bis zum Jahr 2013 flächendeckend für mindestens ein Drittel aller Kinder unter drei Jahren Betreuungsplätze anzubieten, noch weit entfernt.

- Basierend auf den im Sommer 2007 verfügbaren Daten der Kinder- und Jugendhilfestatistik besuchten im Jahr 2005 insgesamt 11,3 Prozent der Kinder unter drei Jahren eine Kindertageseinrichtung. Die Besuchsquote lag in Westdeutschland bei 6,2 Prozent und in Ostdeutschland bei 36,6 Prozent.
- Bei den Kindern über drei Jahren besuchen 89 Prozent der westdeutschen und 93 Prozent der ostdeutschen eine Kindertageseinrichtung oder Tagespflege. Die höchste Besuchsquote hat Bayern (98 Prozent), während Hamburg mit 79 Prozent die niedrigste aufweist.

Insbesondere bei jüngeren Kindern beeinflusst die Herkunft die Nutzung von Betreuungsangeboten. Jüngere Kinder aus einkommensschwächeren Familien und auch Kinder, deren Mütter einen geringen Bildungsabschluss haben, nutzen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit Kindertageseinrichtungen als weniger benachteiligte Altersgenossen.

Dabei belegen verschiedene Untersuchungen, dass gerade benachteiligte Kinder und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund besonders stark von einer frühen Betreuung in Kindertageseinrichtungen profitieren.

Um den Nachholbedarf bei der vorschulischen Bildung und Betreuung zu verbessern, sollten nach Einschätzung von C. Katharina Spieß aus dem wissenschaftlichen Beirat des Bundesfamilienministeriums die öffentlichen Ressourcen erhöht und die Finanzierungs- und Organisationsformen überprüft werden. Dabei sollte der Bund sich an der öffentlichen Finanzierung beteiligen, um zu verhindern, dass allein kommunale und landesspezifische Finanzierungsspielräume über entsprechende Angebote entscheiden. Zwingend notwendig sind Maßnahmen, um eine gute pädagogische Qualität der Angebote zu gewährleisten.

Maßnahmen, um eine gute pädagogische Qualität der Angebote zu gewährleisten.

Der im Frühsommer 2007 diskutierte Vorschlag, dass der Bund über Gutscheine, die für den Besuch einer Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle in die Finanzierung einsteigt, wird von C. Katharina Spieß weiterhin als sehr sinnvoll bewertet. Eine Gutscheinelösung würde eine nachhaltige und zweckgebundene Finanzierung gewährleisten. Sie würde sicherstellen, dass unabhängig von den politischen Prioritäten der Länder und Kommunen den Familien die Mittel tatsächlich zukommen. Auch würden vermehrt Kinder aus benachteiligten Familien frühzeitig entsprechende Angebote wahrnehmen. Dieses Instrument sollte weiter diskutiert werden, auch wenn es politisch zunächst keine Mehrheit erhielt.

Gesundheitsförderung von Kindern ist kein Luxus

Ein heute geborenes Kind wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent 100 Jahre alt werden. Doch nur gesunde Kinder, deren Gesundheit sich lebenslang erhalten und entwickeln lässt, können die Herausforderung einer immer älter werdenden Gesellschaft begegnen. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung von Kindern sind deshalb von zentraler Bedeutung. Doch die Aufwendungen hierfür werden immer noch eher als Belastung betrachtet, weil Kinder zum Beispiel keinen eigenen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen.

Die erste große, bundesweit angelegte Untersuchung zur Kindergesundheit (KIGGS) des Robert-Koch-Instituts dokumentiert erstmals repräsentativ den Gesundheitszustand der deutschen Kinder und Jugendlichen. Danach steht einem Rückgang von akuten somatischen Krankheiten ein deutlicher Anstieg chronischer Erkrankungen und psychischer Störungen gegenüber.

Die Untersuchung zeigte auch, dass sich soziale Benachteiligung stark auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt. Die Forscher des Robert-Koch-Instituts unterstreichen die große Bedeutung von Selbstwertgefühl, Eigenaktivität, Verantwortungsgefühl, Konflikt- und Genussfähigkeit für ein gesundes Aufwachsen. Diese Fähigkeiten müssen gezielt gefördert werden.

- *Chronische Krankheiten* haben starke Auswirkungen auf Kinder. Am häufigsten leiden Kinder an chronischer Bronchitis oder Neurodermitis (ca. 13 Prozent) gefolgt von Heuschnupfen (ca. elf Prozent). Insgesamt 40 Prozent der drei- bis 17-Jährigen reagieren auf mindestens eines von 20 Allergenen.
- *Übergewicht*: Insgesamt 15 Prozent der Kinder im Alter von drei bis 17 Jahren sind übergewichtig, davon 6,3 Prozent adipös. Der Anteil der Übergewichtigen steigt mit dem Lebensalter auf bis zu 17 Prozent bei den 14- bis 17-Jährigen. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und aus Familien mit Migrationshintergrund sind besonders betroffen.
- *Psychische Gesundheit*: Bei knapp 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen gibt es Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme. Der Anteil liegt bei Jungen mit 17,8 Prozent deutlich höher als bei Mädchen (11,5 Prozent).
- *Essstörungen*: Insgesamt 21,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen zeigen Symptome von Essstörungen – bei Mädchen liegt der Anteil bei 28,9 Prozent, bei Jungen bei 15,2 Prozent
- *Aufmerksamkeitsdefizite/Hyperaktivität*: Bei 4,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben Ärzte oder Psychologen Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörungen festgestellt.
- *Gewalterfahrungen*: 19,6 Prozent der Jungen und 9,9 Prozent der Mädchen haben in den letzten zwölf Monaten Gewalt ausgeübt. 5,2 Prozent der Jungen und 3,9 Prozent der Mädchen waren Opfer. Haupt- und Gesamtschüler sowie Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind deutlich häufiger Täter von Gewalthandlungen.
- *Alkohol, Tabak, Drogen*: In keinem anderen Industrieland rauchen so viele Kinder und Jugendliche wie in Deutschland. 20,5 Prozent der elf- bis 17-jährigen Jungen und 20,3 Prozent der Mädchen in dieser Altersgruppe rauchen. Etwa ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen gaben an, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken. Haschisch und Marihuana nahmen 9,2 Prozent der Jungen und 6,2 Prozent der Mädchen. Etwa ein Prozent der Jugendlichen gaben an, Ecstasy oder Speed zu konsumieren. Alkohol- und Drogenkonsum sind in allen gesellschaftlichen Schichten gleichermaßen verbreitet.

Armutsrisiken verringern

In allen Industrienationen ist der Anteil von Kindern, die in relativer Armut aufwachsen, in den vergangenen zehn Jahren deutlich gestiegen. In Deutschland galten in den 1990-er Jahren zwischen sieben und neun Prozent der Kinder als arm. Im Jahr 2004 waren es bereits 13,3 Prozent – dies waren 1,7 Millionen Kinder und Jugendliche. Bemerkenswert ist, dass dieser Anstieg nicht mit einer allgemeinen Zunahme von Armut begleitet wurde. Mit anderen Worten: Kinder sind stärker von Armut betroffen als Erwachsene.

Vor allem Kinder von allein erziehenden Eltern leben sehr viel häufiger in relativer Armut: So wachsen 35 bis 40 Prozent der Kinder in Ein-Eltern-Familien in Armut auf. Auch die materielle Lage von Zuwandererkindern hat sich seit den 1990-er Jahren deutlich verschlechtert. Kinder von Spätaussiedlern haben ebenfalls ein höheres Risiko, in Armut hineingeboren zu werden oder relativ schnell wieder in Armut einzutreten, wenn es ihnen gelungen war, ihr zu entkommen.

Armutsforscher des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) sind der Frage nachgegangen, wie lange Kinder von diesem Zustand betroffen und welche Gruppen besonders gefährdet sind. Hierbei zeigte sich, dass wiederum Kinder von allein erziehenden Eltern stark von dauerhafter Armut bedroht sind. Selbst wenn die Mutter oder der Vater voll berufstätig ist, leben mehr als zwei Drittel dieser Kinder im Laufe ihrer Kindheit und Jugend mindestens ein Jahr lang in Armut; zehn Prozent leben sogar in dauerhafter Armut, d.h. in mindestens fünf von 18 Jahren.

Im Kampf gegen Kinderarmut haben also die Familienkonstellation und die Chance zur Berufstätigkeit der Eltern gleichermaßen herausragende Bedeutung. Kinder profitieren besonders davon, wenn die Beschäftigungschancen ihrer Eltern verbessert werden. Bei allein Erziehenden ist es entscheidend, dass sie die Möglichkeit bekommen, Vollzeit zu arbeiten. Zwingende Voraussetzung hierfür sind verbesserte Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder.

Zwar ist Kinderarmut in Deutschland nicht mit dem Kinderelend in Entwicklungsländern vergleichbar. Auch sind Phasen materieller Unsicherheit häufig zeitlich befristet und der Zusammenhalt von Familien und Nachbarschaft hilft darüber hinweg. Trotzdem hat Geldmangel auch in Deutschland für einen Teil der Kinder erhebliche negative Konsequenzen.

Relative Armut bedeutet häufig beengte Wohnverhältnisse in benachteiligten Quartieren mit schlechter Infrastruktur und unzureichenden Bildungsmöglichkeiten. Die Kinder haben nicht die Möglichkeit, die sozialen und kulturellen Angebote ihrer Umwelt angemessen zu nutzen. Arme Kinder müssen vielfach viel mehr leisten, um ihre Lebenschancen zu nutzen, als ihre wohlhabenderen Altersgenossen. Eltern, die selbst arbeitslos sind und manchmal sogar resigniert haben, vermitteln den Kindern kein positives Rollenmodell. Die Kinder lernen nicht, wie sie ihr Leben in die Hand nehmen können.

Bessere Chancen für Kinder mit Migrationshintergrund

Mehr als ein Viertel (27,2 Prozent) der Bevölkerung Deutschlands unter 25 Jahren hat einen Migrationshintergrund. Laut Mikrozensus 2005 waren darunter 3,3 Millionen Kinder im Alter von null bis 15 Jahren. Bei den unter Fünfjährigen liegt der Anteil in sechs Städten bei über 60 Prozent – unter anderem in Nürnberg (67 Prozent), Frankfurt (65 Prozent), Düsseldorf und Stuttgart (64 Prozent).

Laut Datenreport des statistischen Bundesamtes von 2006 lag die relative Einkommensarmut bei diesen Familien mit 23,8 Prozent fast doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Vergleichsweise viele Eltern haben nur geringere schulische Qualifikationen und sind arbeitslos. Die Armutsquote bei Kindern lag laut dem 12. Familienbericht der Bundesregierung 2005 bei 40 Prozent.

Kinder von Migranten besuchen in den ersten Lebensjahren seltener einen Kindergarten, brechen häufiger die Schule ohne einen Abschluss ab und erreichen seltener höhere Schulabschlüsse. Sie sind in Sonder- und Hauptschulen stark überrepräsentiert. Besorgnis erregend ist, dass Kinder der zweiten Generation im Durchschnitt geringere Bildungserfolge erzielen, als die nicht in Deutschland geborenen.

Etwas mehr als die Hälfte der Eltern von Migranten spricht ausschließlich Italienisch, Griechisch, Türkisch oder Russisch, wenn sie sich mit ihren Kindern unterhalten.

Als Ursache für den seltenen Besuch eines Kindergartens kommen mehrere Gründe in Frage: So werden diese Einrichtungen seltener als pädagogische Institutionen wahrgenommen. Auch halten finanzielle Erwägungen Eltern davon ab, ihre Kinder anzumelden – zumal wenn andere Familienmitglieder als Betreuungspersonen zur Verfügung stehen. Schließlich kann die Befürchtung einer kulturellen Entfremdung eine Rolle spielen.

Gleichwohl sind die Eltern sehr am Eingliederungsprozess und schulischen Erfolg ihrer Kinder interessiert. Eingeschränkt wird diese Haltung jedoch dann, wenn sie befürchten, dass sich ihre Kinder durch die Schule von ihnen und ihrer Kultur entfremden. Dieser Konflikt wird verschärft, wenn die Familien einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben oder planen, in absehbarer Zeit in ihre Heimat zurückzukehren.

Schlussfolgerungen

Das Wohlergehen von Kindern ist ein zentraler Maßstab für die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft. In Deutschland muss es einen Perspektivwechsel geben – weg von einem funktionalistischen Blick auf den Nutzwert von Kindern und hin zur Umsetzung der Rechte der Kinder und der Verbesserung ihrer individuellen Zukunftschancen.

- Politik und Gesellschaft müssen die materielle Existenzgrundlage von Kindern verbessern. Dazu gehört nicht nur eine angemessene finanzielle Ausstattung. Genauso wichtig ist es, das Entstehen von armen und vernachlässigten „Problem“-Stadtteilen zu verhindern. Die Bundesregierung soll einen nationalen Aktionsplan mit konkreten Zielvorgaben zur Verringerung von Kinderarmut vorlegen.
- Die Schere zwischen den schulisch erfolgreichen und den benachteiligten Kindern muss wieder geschlossen werden. Förder- und Bildungsangebote für Kinder aus benachteiligten Familien müssen ausgebaut werden.
- Jüngere Kinder profitieren in besonderem Maße von qualitativ guten Betreuungseinrichtungen. Zentral sind hier kleine Gruppen, eine gute Qualifikation des Betreuungspersonals und eine enge Kommunikation zwischen diesen Einrichtungen und den Eltern. Familien brauchen mehr Unterstützung in Form einer qualitativ hochwertigen Betreuungsinfrastruktur für jüngere Kinder oder von Ganztagschulen.
- Kinder und Jugendliche, die gerne zur Schule gehen, sich als gesund und attraktiv erleben und das Gefühl haben, von anderen akzeptiert zu werden, können als junge Erwachsene auf diesen Erfahrungen aufbauen und blicken positiv in die Zukunft. Vertrauen und Achtung sowie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen sind von zentraler Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft.

Deutsches Mittelmaß: Das Wohlbefinden der Kinder im internationalen Vergleich

Die erste internationale Vergleichsstudie „Zur Situation von Kindern in den Industrieländern von UNICEF“ von 2007 ergab ein ernüchterndes Bild. Deutschland ist nur Mittelmaß, wenn es darum geht, verlässliche Lebensumwelten für die junge Generation zu schaffen. In keiner Dimension des kindlichen Wohlbefindens liegt Deutschland auf einem der vorderen Ränge, sondern beim Vergleich von 21 Ländern auf Platz 11.

Zur Lage der Kinder in Industrieländern: die Rangliste im Überblick

		Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6
	durchschnittlicher Rang für alle Dimensionen	Materielle Situation	Gesundheit	Bildung	Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen	Lebensweise und Risiken	eigene Einschätzung
1. Niederlande	4.2	10	2	6	3	3	1
2. Schweden	5.0	1	1	5	15	1	7
3. Dänemark	7.2	4	4	8	9	6	12
4. Finnland	7.5	3	3	4	17	7	11
5. Spanien	8.0	12	6	15	8	5	2
6. Schweiz	8.3	5	9	14	4	12	6
7. Norwegen	8.7	2	8	11	10	13	8
8. Italien	10.0	14	5	20	1	10	10
9. Irland	10.2	19	19	7	7	4	5
10. Belgien	10.7	7	16	1	5	19	16
11. Deutschland	11.2	13	11	10	13	11	9
12. Kanada	11.8	6	13	2	18	17	15
13. Griechenland	11.8	15	18	16	11	8	3
14. Polen	12.3	21	15	3	14	2	19
15. Tschechien	12.5	11	10	9	19	9	17
16. Frankreich	13.0	9	7	18	12	14	18
17. Portugal	13.7	16	14	21	2	15	14
18. Österreich	13.8	8	20	19	16	16	4
19. Ungarn	14.5	20	17	13	6	18	13
20. USA	18.0	17	21	12	20	20	–
21. Großbritannien	18.2	18	12	17	21	21	20

Die Länder sind in der Reihenfolge aufgelistet, die ihrem durchschnittlichen Rang in allen sechs untersuchten Dimensionen entspricht. Ein hellblauer Hintergrund steht für einen Platz im oberen Drittel der Rangliste, mittleres Blau zeigt das mittlere Drittel an, Dunkelblau steht für ein Abscheiden im unteren Drittel der untersuchten Länder.

Weitere Informationen

Zur Pressemeldung vom 26. Mai 2008

Grafiken zur ökonomischen Lage von Kindern in Deutschland (PDF / 154 KB)

□

Sonntag, 10. Januar 2010

Schlagzeilen Hilfe RSS Newsletter Mobil Wetter TV-Programm

SPIEGEL ONLINE POLITIK

NACHRICHTEN VIDEO THEMEN FORUM EINESTAGES ENGLISH DER SPIEGEL ABO SHOP

Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft UniSPIEGEL SchulSPIEGEL Reise Auto

Nachrichten > Politik > Deutschland > Merkels schwarz-gelbe Regierung

Login | Registrierung

Merkels schwarz-gelbe Regierung

Alle Artikel und Hintergründe

20.11.2009

Drucken | Senden | Feedback | Merken

HINTERGRÜNDE, ARTIKEL, FAKTEN

Finden Sie auf den Themenseiten zu...

Ursula von der Leyen

Kindergeld

Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Arbeitslosengeld II

ALLE THEMENSEITEN

WAS IST HARTZ IV?

Die Reform

Hartz IV ist die größte und umstrittenste Arbeitsmarktreform in der Geschichte der Bundesrepublik. Benannt ist sie nach dem damaligen Volkswagen-Personalchef Peter Hartz, der als Leiter einer Regierungskommission die Grundlagen der Reform vorgeschlagen hatte. Am 1. Januar 2005 trat das entsprechende Gesetz in Kraft.

Fördern und Fordern

Die Höhe der Leistung

Strenge Regeln

DIE SCHWARZ-GELBE REGIERUNG



Interaktive Biografien in Bildern: Das ist Merkels Kabinett - alle Minister, alle Staatssekretäre

FORUM

Wie sinnvoll ist das Betreuungsgeld?

Diskutieren Sie mit anderen Lesern!

ANZEIGE

SPARTIPP STROMWECHSEL

Sparen Sie bei Ihrer Stromrechnung
Kostenlos Stromanbieter
vergleichen & bis zu 400 €
p.a. sparen - bei voller
Versorgungssicherheit.

Postleitzahl

kWh/Jahr

3500 kWh Jahresver

Ein Service von CHECK24



zum Vergleich >>

ANZEIGE

Gesetzesentwurf

Von der Leyen will Kinderzuschlag ausweiten



REUTERS

Familienministerin von der Leyen: "Kinder haben einen eigenen Bedarf"

Ministerin von der Leyen will mehr Familien mit geringem Einkommen über eine Ausweitung des Kinderzuschlags unterstützen. Eltern sollen künftig zwischen Hartz IV und dem Zuschlag wählen können. Einen Gesetzesentwurf will die CDU-Politikerin bald vorlegen, er soll 2011 in Kraft treten.

Passau - Mehr Familien sollen nach den Plänen von Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen in den Genuss des Kinderzuschlags kommen. "Wir wollen den staatlichen Kinderzuschlag ausweiten, damit noch deutlich weniger Kinder auf Hartz IV angewiesen sind", sagte die CDU-Politikerin der "Passauer Neuen Presse" zufolge und kündigte an: "Ich werde dazu den Gesetzesentwurf auf den Weg bringen. Ich hoffe, dass er spätestens Anfang 2011 in Kraft treten kann."

Der Zuschlag wird derzeit für etwa 300.000 Kinder gezahlt. Dafür stehen 2009 rund 374 Millionen Euro zur Verfügung. Der Kinderzuschlag ist als Förderung für Familien gedacht, die wenig verdienen. Die Höhe des Zuschlags bemisst sich nach Einkommen und Vermögen, beträgt aber höchstens 140 Euro im Monat pro Kind.

ANZEIGE

Von der Leyen sagte, sie wolle verhindern, dass eine kleine Gehaltserhöhung um wenige Euro bewirkt, dass der Kinderzuschlag entfällt und am Ende die Familien mit weniger Einkommen dastehen. Dazu solle es ein Wahlrecht zwischen Kinderzuschlag und Hartz IV geben. "Wir werden damit mindestens 200.000, vielleicht sogar bis zu 350.000 Kinder mehr erreichen", betonte von der Leyen.

Auch eine Neuberechnung der Hartz-IV-Sätze für Kinder hält die Ministerin für geboten: "Es ist richtig, die Regelsätze für Kinder grundsätzlich auf den Prüfstand zu stellen. Kinder haben einen eigenen Bedarf. Was sie benötigen, lässt sich nicht einfach zu bestimmten Prozentsätzen von dem ableiten, was Erwachsenen zusteht", wurde sie weiter zitiert. Mit dieser Frage befasst sich derzeit das Bundesverfassungsgericht. Ein Urteil wird Anfang kommenden Jahres erwartet.

Skeptisch steht die CDU-Politikerin dem Betreuungsgeld gegenüber. Zwar sei es richtig, Erziehungsleistung aufzuwerten. "Andererseits stört mich, dass das Betreuungsgeld nur dann gezahlt werden soll, wenn das eigene Kind nicht in die Kita geht oder bei einer Tagesmutter ist", sagte die Ministerin demnach. Gerade Kinder aus sozial schwachen Familien gingen seltener in die Kita als Kinder gut ausgebildeter Eltern.

"Hier müssten wir eigentlich mehr Überzeugungsarbeit leisten, dass auch Zweijährige vom Spiel mit Gleichaltrigen profitieren", sagte von der Leyen und ergänzte: "Deshalb sollten wir in den nächsten drei Jahren darüber diskutieren, wie wir die Leistung gestalten, damit kein Kind draußen bleiben muss. Ich halte die Idee eines Gutscheinsystems für nachdenkenswert."

ffr/AP/dpa/ddp

SOCIAL NETWORKS



ANZEIGE

**Strom aus Windenergie**

Beteiligung bereits ab 2.500 EUR + Bis zu 10% p.a. Zinsen + Kurze Laufzeit von nur 3 Jahren

[Mehr Informationen »](#)

**Selbständig & unter 55?**

Private Krankenkasse ab nur 59,- € für Selbständige & Freiberufler! Testsieger Vergleich

[Mehr Informationen »](#)

**Krisensichere Geldanlage**

Jetzt börsenunabhängig in Tropenholz Plantagen investieren: 12% p.a. – bereits ab 3.500 €

[Mehr Informationen »](#)

Jetzt testen

4 Wochen FAZ testen + Nur 21,50€ + iPod Docking Station + Kein Risiko + Test endet automatisch!

[Mehr Informationen »](#)

Ligatus

© SPIEGEL ONLINE 2009

Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der SPIEGELnet GmbH

MEHR AUS DEM RESSORT POLITIK

NEUE REGIERUNG



Die neue Regierung:
Interaktive Biografien in Bildern

UMFRAGEN



"Sonntagsfrage": Der aktuelle Trend anhand von Umfragen

AL-QAIDA



Netzwerk des Terrors:
Yassin Musharbachs Notizen zum militanten Dschihad

RUNDGANG



Kanzleramt, Bundestag, Ministerien: Das ist das politische Berlin

NACHGEFRAGT



Abgeordnetenwatch auf SPIEGEL ONLINE: Ihr direkter Draht in die Politik

ÜBERSICHT POLITIK

TOP

DER SPIEGEL



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

Dein SPIEGEL



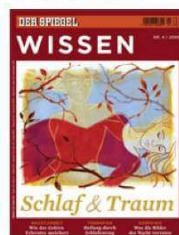
Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL GESCHICHTE



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL WISSEN



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

KulturSPIEGEL



Inhalt

Service von SPIEGEL-ONLINE-Partnern

AUTO UND FREIZEIT



AUTO UND FREIZEIT



ENERGIE



JOB



FINANZEN



FINANZEN





[Home](#) [Politik](#) [Wirtschaft](#) [Panorama](#) [Sport](#) [Kultur](#) [Netzwerk](#) [Wissenschaft](#) [UniSPIEGEL](#) [SchulSPIEGEL](#) [Reise](#) [Auto](#) [Wetter](#)

DIENTE

[Schlagzeilen](#)
[RSS](#)
[Newsletter](#)
[Mobil](#)

VIDEO

[Nachrichten Videos](#)
[SPIEGEL TV Magazin](#)
[SPIEGEL TV Reporter](#)

MEDIA

[MediaSPIEGEL](#)
[Mediadaten](#)
[Quality Channel](#)
[buchreport](#)
[weitere Zeitschriften](#)

MAGAZINE

[DER SPIEGEL](#)
[KulturSPIEGEL](#)
[DEIN SPIEGEL](#)
[SPIEGEL Wissen](#)
[SPIEGEL Geschichte](#)
[Harvard Business Man.](#)

SPIEGEL GRUPPE

[Abo](#)
[Shop](#)
[SPIEGEL TV](#)
[manager magazin](#)
[SPIEGEL-Gruppe](#)

WEITERE

[Hilfe](#)
[Kontakt](#)
[Nachdrucke](#)
[Impressum](#)



Sonntag, 10. Januar 2010

Schlagzeilen Hilfe RSS Newsletter Mobil Wetter TV-Programm

SPIEGEL ONLINE POLITIK

NACHRICHTEN VIDEO THEMEN FORUM EINESTAGES ENGLISH DER SPIEGEL ABO SHOP

Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft UniSPIEGEL SchulSPIEGEL Reise Auto

Nachrichten > Politik > Deutschland

Login | Registrierung

08.04.2008

Drucken | Senden | Feedback

MEHR AUF SPIEGEL ONLINE

Hohe Heizkosten: Geringverdiener bekommen mehr Wohngeld (19.03.2008)**Kind und Karriere:** Bündnis soll Familie und Beruf besser vereinen (01.04.2008)

Kabinettsbeschluss

Geringverdiener bekommen höheren Kinderzuschlag**Zehntausende Familien bekommen ab Oktober mehr Geld. Das Bundeskabinett hat beschlossen, den Kinderzuschlag zu erweitern. Weitere gute Nachricht für Geringverdiener: Das Wohngeld wird erhöht.**

ANZEIGE

SPARTIPP STROMWECHSEL

Sparen Sie bei Ihrer Stromrechnung
Kostenlos Stromanbieter vergleichen & bis zu 400 € p.a. sparen – bei voller Versorgungssicherheit.

Postleitzahl

kWh/Jahr

zum Vergleich >>

Ein Service von CHECK24

ANZEIGE

Berlin - Deutlich mehr Eltern mit geringem Einkommen haben ab 1. Oktober Anspruch auf den Kinderzuschlag von 140 Euro im Monat. Das Bundeskabinett beschloss an diesem Dienstag Änderungen, die den Kreis der Berechtigten erheblich erweitern. "Der verbesserte Kinderzuschlag bewahrt eine Viertelmillion Kinder vor Hartz IV", erklärte Familienministerin Ursula von der Leyen. Sie würden gezielt aus der Armut geholt und ihre Eltern in Erwerbstätigkeit unterstützt.

Der Zuschlag ist für Eltern gedacht, deren Arbeitseinkommen nicht für den Lebensunterhalt der Kinder reicht und die deshalb auf Arbeitslosengeld II angewiesen wären. Künftig sollen rund 106.000 Familien mit 250.000 Kindern und damit 150.000 Kinder mehr als bisher etwas von dem Zuschlag haben.

Die Höhe bleibt mit 140 Euro pro Kind und Monat gleich. Doch gelten ab 1. Oktober einheitliche Mindesteinkommensgrenzen von 600 Euro für Alleinerziehende und 900 Euro für Paare. Von der Leyen wies darauf hin, dass die bisherige individuelle Berechnung der Einkommensgrenze zu hohem Verwaltungsaufwand und einer Ablehnungsquote von 80 Prozent führt. Auch sollen die Familien künftig mehr vom selbst erwirtschafteten Einkommen behalten dürfen.

Im Zusammenspiel mit der gleichzeitig vom Kabinett beschlossenen Wohngelderhöhung entstehen für den Kinderzuschlag zusätzliche Ausgaben von 252 Millionen Euro brutto ab dem Jahr 2009. Das Wohngeld wird zum 1. Januar 2009 von derzeit durchschnittlich 90 auf 142 Euro monatlich erhöht. Wie Bundesbauminister Wolfgang Tiefensee im Anschluss an die Kabinettsitzung mitteilte, kommen die Verbesserungen vor allem den Bewohnern einfacher Wohnungen zu Gute. Die Erhöhung soll vor allem den Mietsteigerungen seit der letzten Erhöhung 2001 Rechnung tragen.

Ein Kernstück der Änderungen ist die Einbeziehung der Heizkosten ins Wohngeld, das sich bisher an der Bruttokaltmiete orientierte. Künftig werden die Heizkosten pauschal in Höhe von 50 Cent pro Quadratmeter Wohnfläche als Teil der Miete berücksichtigt.

Außerdem steigen die Wohngeld-Tabellenwerte der Miethöchstbeträge um jeweils rund acht Prozent. Ursprünglich waren zehn Prozent geplant, da aber der Gesamtaufwand nicht über 520 Millionen Euro betragen durfte und neue Berechnungen eine höhere Zahl kinderreicher Wohngeldempfänger ergaben, musste die Anhebung der Tabellenwerte auf acht Prozent beschränkt werden. Wer einen Anspruch auf Wohngeld hat, ist von der Zahl der Familienmitglieder im Haushalt, der Höhe des Gesamteinkommens und der Höhe der zuschussfähigen Miete abhängig. Der Wohngelderhöhung müssen Bundestag und Bundesrat noch zustimmen.

ffr/AP

SOCIAL NETWORKS



ANZEIGE

**Strom aus Windenergie**

Beteiligung bereits ab 2.500 EUR + Bis zu 10% p.a. Zinsen + Kurze Laufzeit von nur 3 Jahren

[Mehr Informationen »](#)

**Selbständig & unter 55?**

Private Krankenkasse ab nur 59,- € für Selbstständige & Freiberufler! Testsieger Vergleich

[Mehr Informationen »](#)

**Krisensichere Geldanlage**

Jetzt börsenunabhängig in Tropenholz Plantagen investieren: 12% p.a. – bereits ab 3.500 €.

[Mehr Informationen »](#)

Jetzt testen

4 Wochen FAZ testen + Nur 21,50€ + iPod Docking Station + Kein Risiko + Test endet automatisch!

[Mehr Informationen »](#)



© SPIEGEL ONLINE 2008

Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der SPIEGELnet GmbH

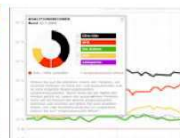
MEHR AUS DEM RESSORT POLITIK

NEUE REGIERUNG



Die neue Regierung:
Interaktive Biografien in Bildern

UMFRAGEN



"Sonntagsfrage": Der aktuelle Trend anhand von Umfragen

AL-QAIDA



Netzwerk des Terrors:
Yassin Musharbashs Notizen zum militanten Dschihad

RUNDGANG



Kanzleramt, Bundestag, Ministerien: Das ist das politische Berlin

NACHGEFRAGT



Abgeordnetenwatch auf SPIEGEL ONLINE: Ihr direkter Draht in die Politik

ÜBERSICHT POLITIK



DER SPIEGEL



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

Dein SPIEGEL



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL GESCHICHTE



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

SPIEGEL WISSEN



Inhalt
Abo-Angebote
Heft kaufen

KulturSPIEGEL



Inhalt

Service von SPIEGEL-ONLINE-Partnern

AUTO UND FREIZEIT



AUTO UND FREIZEIT



ENERGIE



JOB



FINANZEN



FINANZEN



Home Politik Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwerk Wissenschaft UniSPIEGEL SchuSPIEGEL Reise Auto Wetter

DIENSTE

Schlagzeilen

VIDEO

Nachrichten Videos

MEDIA

MediaSPIEGEL

MAGAZINE

DER SPIEGEL

SPIEGEL GRUPPE

Abo

WEITERE

Hilfe

RSS
Newsletter
Mobil

SPIEGEL TV Magazin
SPIEGEL TV Reporter

Mediadaten
Quality Channel
buchreport
weitere Zeitschriften

KulturSPIEGEL
DEIN SPIEGEL
SPIEGEL Wissen
SPIEGEL Geschichte
Harvard Business Man.

Shop
SPIEGEL TV
manager magazin
SPIEGEL-Gruppe

Kontakt
Nachdrucke
Impressum



stern.de zum Mitnehmen!

Für iPhone, Android und alle webfähigen Handys

Alle Infos

sternTV | Sendung vom 04.11.2009

5. November 2009, 16:31 Uhr

Streit um Hartz IV:

Ist doch eine Erhöhung nötig?

Zu viel oder zu wenig - wie viel Hartz IV ist gerecht? Die Diskussion um die Regelsätze für Kinder hat die stern TV-Zuschauer sehr beschäftigt: Viele Betroffene haben sich gemeldet - und berichten von ganz unterschiedlichen Erfahrungen.



Sorgenfrei in die Zukunft: Die Zukunft der Hartz-IV-Satz für Kinder



Mosaik Nachrichten in Bildern



Mehr Hartz-IV.net

Wie gut können Familien mit Hartz IV leben? Viele Betroffene berichten von großen finanziellen Problemen. Sie beschreiben einen Alltag, in dem sie und ihre Kinder kaum über die Runden kommen. Es fehlt das Geld für neue Schuhe, für eine ausgewogene Ernährung oder für den Besuch im Zoo. Andere dagegen zeigen auf, wie sie auch von Hartz IV vernünftig leben können: So auch Alexandra Hacker, Mutter von drei Kindern aus Bochum.

Kindergeld für Hartz-IV-Familien
Hartz-IV-Familien bekommen von den kommunalen Familienkassen zwar Kindergeld, genau dieser Betrag wird dann aber auf den Hartz-IV-Regelsatz als Einkommen angerechnet - also wieder abgezogen. Das heißt: Die Familien bekommen die Hartz-IV-Regelsätze für Kinder ausgezahlt, müssen aber auf das Kindergeld verzichten.

"Wir sind keine arme Familie."

Die 34-Jährige bekommt für sich den Hartz-IV-Regelsatz - plus einen Mehrbedarf für Alleinerziehende. Und auch für ihre drei Kinder bekommt sie - nach Alter gestaffelt - Hartz-IV-Stütze. Dazu kommen das Geld für Miete, Elterngeld für den sechs Monate alten Sohn (das wird nicht mit dem Hartz-IV-Geld verrechnet) und ein Zuschuss für den Schulbedarf der schulpflichtigen 11-jährigen Tochter. Insgesamt hat die vierköpfige Familie damit monatlich 1944,10 Euro zur Verfügung.

4 Sätze zu niedrig?
Ihre Meinung - Kurz-Umfrage Geld verdienen mit Online-Umfragen

respondi-panel.com/hartzvier

Arbeitslose
tätigen müssen
für Kino, Theater oder
weniger zahlen. Auch
Kleinkaufsbetriebe bieten
an. Betroffene sollten
nach solchen
Jungen erkundigen.

Viel sei das nicht, sagt Alexandra Hacker. Aber: "Wir sind keine arme Familie." Sie kann zwar nicht jede Woche neue Sachen für ihre Kinder kaufen. "Aber wir können trotzdem mal in den Zoo gehen oder ins Freizeitbad. Es ist nicht so, dass wir nur zu Hause sitzen und nichts machen." Um aber den Überblick zu behalten und am Ende mit der Hartz-IV-Stütze auszukommen, sei es zwingend notwendig ein Haushaltsbuch zu führen. Jeden Sonntag schreibt Alexandra Hacker außerdem einen Wochenplan für die Mahlzeiten - dafür prüft sie regelmäßig die Sonderangebote in den Supermärkten.

können sich Hartz IV
von den
gebühren befreien
je/gebühren

Abstimmung

Sollte der Hartz-IV-Regelsatz erhöht werden?

Ja

Nein

Abstimmen

Ergebnis anzeigen

"Man muss rechnen können."

Ein Auto kann sich die Familie nicht leisten. „Auch Urlaub ist nicht drin“, sagt die dreifache Mutter. Geld für Kinderkleidung sei aber immer ausreichend da: Im Ausverkauf gäbe es sogar mal günstige Markenklamotten.

Dass Familien mit Hartz IV nicht auskommen, kann Alexandra Hacker nicht nachvollziehen. "Ich habe auch nicht viel Geld, aber man muss dann halt rechnen können."

Hilfe im Netz

Wichtige Hinweise rund um das Thema staatliche Hilfen gibt es auch beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie beim Bundesfamilienministerium unter: www.bmfsfj.de oder www.bmas.de

Eine große Datenbank mit Urteilen, Entscheidungen und Formularen zum Download gibt es unter: www.arbeitslosen.info

Hilfe und Tipps von anderen Arbeitslosen finden Sie außerdem unter www.arbeitslosenselbsthilfe.org.

Und Antworten auf Fragen zum Arbeitsrecht, zu Hartz IV, Sozialhilfe oder Unterhalt gibt es auf den Seiten des juristischen Fachportals www.sozialhilfe24.de

Kritiker bemängeln dagegen, dass mit den geltenden Regelsätzen der Bedarf vieler Familien nicht gedeckt werden kann. Sie fordern unter anderem, dass in Einzelfällen einmalige Leistungen gewährt werden sollten, damit beispielsweise die Einschulung, die Anschaffung eines Fahrrads oder dringend benötigten Nachhilfestunden auch für Hartz IV-Familien finanzierbar sind. Und für Kinder sollte es mehr kostenlose Betreuungs- und Bildungsangebote geben.

Was glauben Sie? Ist der Hartz-IV-Regelsatz gerecht? Oder sollten er erhöht werden? Stimmen sie ab in unserem Voting.

Hacker Hartz Bochum

Schlagwörter powered by WeFind